Lane Medical Library

Über spontane innere Gallenfisteln und ihre klinische Bedeutung nach 109 Fällen der Giessener Chirurgischen Klinik.

1934

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Gerhard Jancke

geboren in Schwiessel in Mecklenburg

Giessen 1934

Druck: Heinrich Ritter, Grünberg i. H.

Über spontane innere Gallenfisteln und ihre klinische Bedeutung nach 109 Fällen der Giessener Chirurgischen Klinik.

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Gerhard Jancke

geboren in Schwiessel in Mecklenburg

Giessen 1934

Druck: Heinrich Ritter, Grünberg i. H.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät zu Giessen.

Referent: Priv.-Dozent Dr. Bernhard.

Über spontane innere Gallenfisteln und ihre klinische Bedeutung nach 109 Fällen der Giessener Chirurgischen Klinik.

Es gibt zwei Gruppen von fistulösen Verbindungen der Gallenblasse oder der Gallengänge mit anderen Hohlorganen, nämlich die spontanen und die durch den Chirurgen absichtlich angelegten inneren Gallenfisteln. Auf Vorschlag von Nussbaum (1880) wurden von Winniwarter und Capeller erstmalig Anastomosen zwischen Gallenblase und Magendarmtractus operativ angelegt. Die Fistelbildung ist als Methode der Wahl anzusehen, wenn chronischer Icterus infolge einer Striktur oder eines narbigen Verschlusses des Choledochus vorliegt, weiter bei Kompression des Choledochus durch Verhärtung des Pankreas, bei einer Neubildung an der Papille und bei unlösbarem Steinverschluss. Für die Überleitung der Galle können der Magen, das Duodenum, Jejunum, Ileum und schliesslich das Colon gewählt werden. Die künstliche Fistelbildung ist in allen Fällen als eine Palliativoperation anzusehen, deren technische Ausführung leicht ist, sodass der Eingriff selbst Schwerkranken zugemutet werden kann. Die Operation beseitigt mit grosser Zuverlässigkeit die Folgeerscheinungen des Choledochus-(Papillen-)verschlusses.

Über die operative Fistelbildnng bestehen zahlreiche Streitfragen, auf die hier nicht eingegangen werden soll. Noch weniger ist jedoch über die spontanen inneren Fisteln und ihre Klinik bekannt. Ehe die Gallensteinchirurgie grössere Verbreitung erlangte, wurden gelegentlich Kommunikationen zwischen den Gallenwegen und fast allen inneren Organen der Bauchhöhle als Kuriositäten wegen ihrer Mannigfaltigkeit beschrieben. Es wurde beobachtet, dass Gallensteine in die Harnblase durchgewandert waren und mit dem Harn entleert wurden oder auf dem Wege einer Gallenblasen-Uterusfistel durch die Scheide nach aussen gelangten. Man fand bei einer Sektion Gallenkonkremente in der Pfortader, die von der

Gallenblase aus durchgebrochen waren. Weiter sind abnorme Kommunikationen mit dem Herzbeutel, der Pleurahöhle, schliesslich dem ganzen Darmtractus nachgewiesen.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist es das Steinleiden der Gallenwege, welches zur Bildung dieser abnormen Verbindungen führt. Infolge der Konkrementbildung kann die Gallenblase verschiedenartige krankhafte Veränderungen erfahren. Entzündliche Prozesse in der Blase, deren Entstehen durch die Steine begünstigt wird, spielen eine massgebende Rolle. Diese Cholecystitis verdankt ihre Entwicklung den vom Darm eingewanderten Bakterien und verläuft nun als eine einfache katarrhalische, als eine eitrige oder gangraenöse, jauchige Entzündung. Die Wand der Blase ist entzündlich aufgelockert, evtl. von kleinen Abszessen durchsetzt, in anderen Fällen ist die Schleimhaut, die Muscularis und selbst die Serosa in grosser Ausdehnung nekrotisch. Durch Übergreifen der Entzündung auf die Umgebung entsteht die Pericholecystitis, die zu Verwachsungen mit dem Colon, Netz, Duodenum und Magen führt. Bei eitriger Cholecystitis erfolgt bisweilen eine rasche Einschmelzung der Wandung mit Durchbruch entweder in die freie Bauchhöhle, wenn keine Adhäsionen zuvor zustandegekommen waren, oder aber es kommt, wenn diese vorhanden sind, zur Perforation in ein Hohlorgan der Bauchhöhle. So ist dann eine abnorme fistulöse Verbindung hergestellt, durch die der Gallenblaseninhalt austreten kann.

Über die spontanen inneren Gallenfisteln und ihre klinischen Erscheinungen handelt diese Arbeit, begründet auf die Untersuchungen von 109 Fällen, die in der Zeit von 1901 bis 1932 an der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Giessen beobachtet wurden. Es sollen nun bei den einzelnen Fällen die Beobachtungen beschrieben werden, um im Anschluss das Ergebnis zu besprechen.

Fall 1:

A. M., Frau, 1. 8. 01 aufgenommen. Anamnese fehlt. – Op. am 5. 8.: Es bestehen ausgedehnte Adhäsionen, weiterhin eine Gallenblasen-Duodenumfistel. Die Blasenwand ist enorm dünn, Steine im Durchwandern. Ectomie der Gallenblase. Wird am 15. 9. beschwerdefrei entlassen.

Fall 2:

Th. G., 38-jährige Frau, Aufnahme 12. 3. 03. Anamnese fehlt. – Op. am 19. 3.: Blase ganz geschrumpft, durch Fistel mit dem Duodenum verbunden, mit der Umgebung verwachsen.

Darmfistel wird durchtrennt, der Darm übernäht, Cholecystectomie, die Gallenblase ist leer. – Nach postoperativem komplikationslosen Verlauf beschwerdefrei am 15. 4. entlassen.

Fall 3:

C. F., 38 Jahre alte Frau, 27. 11. 03 eingeliefert. Vor einem Jahr häufig Koliken mit Icterus, seit 5 Wochen wieder heftige Anfälle. – Op. am 4. 12.: Leber steht tief, Gallenblase mit Netz und Colon transversum fest verwachsen, Kuppe der Gallenblase ins Colon perforiert. Aus dem Colon 5 kleine Steinchen entfernt. Erbsengrosse Fistel. Ectomie der Blase. Diese ist stark entzündet, Wand stark verdickt, mit kleinen Steinchen gefüllt. – Am 7. 1. 04 mit Bandage geheilt entlassen.

Fall 4:

M. K., 43-jährige Frau, Aufnahme am 13. 8. 05. – Seit 2 Jahren an „Magenkrämpfen" leidend. Erbrechen. Mehrfacher Icterus. – Op. 14. 8. 05: Gallenblasse nicht vergrössert, in ausgedehnte derbe Verwachsungen mit Netz, Leber, Darm und Magen eingemauert. Freilegung einer Perforation der Gallenblase ins Colon. Gallenblasenwand verdickt, sehr morsch. Inhalt: Eiter und ein taubeneigroßer Stein. Cholecystectomie. Drainage der Bauchhöhle. – Wird am 6. 9. mit einer Gallenfistel in häusliche Behandlung entlassen.

Fall 5:

L. R., 28 Jahre alte Frau, eingewiesen am 19. 3. 07. Seit 6 Jahren gallensteinleidend, ausgesprochene Anfälle bestanden nicht. Niemals Icterus. Magen stets o. B. – Op. am 21. 3. 07. Ausgedehnte Adhäsionen der Gallenblase mit dem Magen, Fistel zum Pylorusteil des Magens, typische Ectomie der Blase. Inhalt: etwas Eiter, mehrere kleine Steine. – Glatter Verlauf. Geheilt entlassen am 22. 4.

Fall 6:

J. P., 47-jährige Frau, 2. 12. 07 aufgenommen. – Pat. hat schon seit 9 Jahren angeblich Magenschmerzen, 2–3mal im Jahr äußerst heftig auftretend. Niemals Icterus. Auch jetzt noch Druckgefühl in der Magengegend. – Cystischer, faustgrosser Gallenblasentumor fühlbar, bei Druck schmerzhaft. – Op. am 16. 12: Gallenblase allseitig mit Netz und herangezogenem Magen verwachsen. Alte Fistel nach dem Magen. Typische Ectomie der Gallenblase, deren Wand verdickt ist. Schleimhaut mit Blutungen und Ulcerationen durchsetzt. Inhalt: ein haselnussgroßer Stein. – Entlassung ohne Beschwerden am 10. 1. 08.

Fall 7:

C. F., 65 Jahre alte Frau, kommt am 3. 9. 09 in die Klinik. – „Magenkrämpfe" seit 15 Jahren, letzthin häufiger anfallsweise Schmerzen mit Icterus. Ausserdem soll Schüttelfrost bestanden haben. – Op. 4. 9.: Gallenblase klein, geschrumpft, von Netz umgeben. Perforation zwischen Blase und Colon, ungefähr linsengross. Cholecystectomie. Gallenblasenschleimhaut verlorengegangen. Inhalt: drei kirschkerngrosse Steine. Choledochus o. B. – Am 22. 9. als geheilt entlassen.

Fall 8:

G. K., 34-jähriger Mann, Aufnahme 17. 9. 09. Anamnese ungenau. – Op. 19. 3.: Gallenblase geschrumpft, verdickt, zahlreiche alte feste Adhäsionen besonders nach dem Blasenhals zu. Zwischen diesem und dem horizontalen Teil des Duodenum eine für feine Sonde eben durchgängige Fistel. In der Blase ein kirschkerngrosser Stein und dicker Eiter. Choledochus frei. Cystectomie. – Keinerlei Beschwerden bei der Entlassung am 15. 4.

Fall 9:

E. D., 41 Jahre alte Frau, eingewiesen am 6. 6. 09. – Sehr häufiges Erbrechen seit 2 Jahren ohne besondere andere Beschwerden. Erst seit einem halben Jahr mässige Magenschmerzen. Nie Fieber oder Icterus. – Op. 7. 6. Leber fest verwachsen mit Dickdarm und Netz, Gallenblase geschrumpft, verborgen in diesen Verwachsungen. Isolierung, dabei Eröffnung einer Gallenblasen-Duodenalfistel. In der Duodenumwand derber Tumor von Walnussgrösse fühlbar. Offenbar callöses Ulcus duodeni, in dessen Mitte die Fistel mündet. Ectomie der Gallenblase. Inhalt: viele kleine Steine. – 1. 7. geheilt entlassen.

Fall 10:

A. H., 42 Jahre alte Frau, Aufnahme 4. 12. 09. – Magenschmerzen seit 10 Jahren, erster Kolikanfall 1907. Seitdem mehrfache Wiederholung. – Op. 12. 12.: Adhäsionen der Gallenblase mit dem Netz. Fistel zum Colon transversum. Ectomie der kleinen Gallenblase. Wand ausserordentlich brüchig. Inhalt: eingedickter Eiter. Choledochus o. B. – Glatter Verlauf. Geheilt entlassen am 8. 1. 09.

Fall 11:

L. Sch., 38-jährige Frau, kommt am 19. 7. 11 in die Klinik. – Mit 22 Jahren erster Gallensteinanfall. Wiederholung Juni 1911 mit Erbrechen und Icterus, aber ohne Fieber. – Op. 20. 7.: Leberunterfläche mit Quercolon fest verwachsen. Sondenstarke Fistel zwischen Quercolon und Fundus der ge-

schrumpften Blase. Ausserdem fingerstarke Fistel zum Duodenum. Partielle Resektion der Gallenblase. Pankreas induriert. Anastomose zwischen Choledochus und Duodenum. Beschwerdefrei entlassen am 19. 8. 11. Nachuntersuchung 1930. Beschwerdefrei.

Fall 12:

E. M., 56 Jahre alte Frau, 11. 10. 11 aufgenommen. – Erster Anfall vor 3 Jahren mit heftigem Schmerz, in die Schulter ausstrahlend, dabei Erbrechen. Icterus. Jährlich 3 bis 4 Anfälle. In der Zwischenzeit dauernd Druckgefühl. – Op. 13. 10.: Geschrumpfte, narbige Gallenblase. Fistel zum Duodenum. Ectomie der Blase. – Nach postoperativem komplikationslosen Verlauf beschwerdefrei entlassen am 6. 11.

Fall 13:

Ph. F., 38 Jahre alter Mann, eingeliefert am 22. 6. 12. – War im Februar wegen Schmerzrezidivs nach Cholecystectomie (Steine, Colonfistel der Gallenblase) nachoperiert. – Op. 25. 4.: Drainage des Hepaticus wegen Cholangitis (Kolibazillen). Bakteriologisch mehrfach reichlich Koli gefunden, dazu sekundär noch Pyocyaneus. – Am 25. 5. als gebessert entlassen. 24. 10. 1912 Choledocho-Duodenostomie wegen Gallen-Fistel.

Fall 14:

E. St., 49-jährige Frau, Aufnahme 27. 12. 12. – Seit der zweiten Geburt vor 20 Jahren plötzlich auftretende Schmerzen in der Magengegend. Oft Erbrechen. Nie Icterus. Zuletzt dauernd schmerzhaftes Ziehen in der Gallenblasengegend. – Op. 31. 12.: Leber und Gallenblase mit Colon transversum fest verwachsen, Blase geschrumpft. In schwieligem Gewebe zwischen Gallenblase und Quercolon zwei Fistelgänge. Daneben ein Abszess, der bis auf die Schleimhaut des Darmes reicht. Typische Cholecystectomie. – Am 21. 1. 13 geheilt entlassen.

Fall 15:

E. L., 58-jährige Frau, eingewiesen am 8. 3. 15. – Seit 20 Jahren 5 bis 6mal jährlich heftige, nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen, die mit Erbrechen einhergehen. In letzter Zeit wurden die Anfälle häufiger. Vom Oktober 1914 ab dauernd Druckbeschwerden in der Magengegend, sehr häufiges Erbrechen, schliesslich Gewichtsabnahme. – Op. 19. 3.; Leber stark hypertrophisch, tiefstehend. Gallenblase

stark geschrumpft, taubeneigross. Breite Verwachsungen mit dem Netz. Fistel zwischen Blasenhals und Duodenum. Typische Cholecystectomie. Gallenblase enthält walnussgrossen Stein. Choledochus erweitert, ohne Steine. – Nach normalem Wundverlauf am 3. 4. geheilt entlassen.

Fall 16:

E. R., 27-jährige Frau, Aufnahme 26. 10. 15. - Pat. leidet seit 6 Jahren an typischen Gallensteinkoliken, die anfangs selten, zuletzt aber alle 8 Tage auftraten. Niemals Icterus. – Op. 27. 10: Gallenblase geschrumpft, enthält daumengliedgrosse Steine, ist mit Dickdarm und Netz allseitig locker verwachsen. Im Bereich des Blasenhalses zwei feine Fisteln mit dem Duodenum. Ectomie der Gallenblase. Gallenwege nicht erweitert. – Nach glattem Heilungsverlauf am 13. 11. geheilt entlassen. Am 12. 11. 1924 Choledocho-Duodenostomie wegen Icterus und Schüttelfrösten. Nachuntersuchung 1931: war zweimal wieder gelb, hatte hin und wieder Fieber, im wesentlichen Wohlbefinden.

Fall 17:

K. G., 51-jährige Frau, 28. 10. 15 aufgenommen. – Seit Geburt des 2. Kindes vor 23 Jahren Gallensteinkoliken, anfangs ohne Erbrechen. Vor 6 Jahren kurzdauernder Icterus, in der letzten Zeit ständig Beschwerden. – Op. 30. 10. 15: Blase geschrumpft, mit umgebenden Organen stark verwachsen, zwischen Gallenblase und Pylorusgegend feine Fistel. Ectomie der Gallenblase. Inhalt: Geruchloser Eiter, haselnussgrosser Stein, Schleimhaut total defekt, durch weissglänzendes Narbengewebe ersetzt. – Entlassung ohne Beschwerden am 19. 11.

Fall 18:

A. St., 61-jährige Frau, am 18. 1. 16 eingeliefert. – Vor 15 Jahren erster Gallensteinkolikanfall. Die Anfälle wiederholten sich dann alle paar Monate, schließlich einige Jahre ganz beschwerdefrei. Vor 2 Jahren wieder Anfälle, die aber stärker waren. In der letzten Zeit stets Schmerzen und Druckgefühl in der rechten Oberbauchgegend. Anfälle oft mehrere Tage lang hintereinander. – Blasse, elende, schwächliche Frau, Puls klein und frequent. In der rechten Oberbauchgegend bis zum Nabel herabreichender rundlicher, sehr druckempfindlicher Tumor. – Op. 20. 1.: Chronisches Empyem der Gallenblase. Diese ist faustgross, steinhart, mit Netz und Mesocolon verwachsen. Gallenblasen-Duodenumfistel. Gallenblaseninhalt:

eingedickter, alter Eiter und bröcklige Steinmassen. Im Blasenhals haselnussgrosser Stein. – Am 26. 1. Exitus an Herzschwäche infolge Pneumonie.

Fall 19:

E. Sch., 28 Jahre alte Frau, eingewiesen am 13. 7. 16. – Seit 9 Jahren Klagen über Beschwerden in der Gallenblasengegend. Vor 6 Wochen erster Kolikanfall ohne Icterus. – Op. 17. 7.: Gallenblase entzündet, verdickt, ziemlich fest verwachsen mit Leber, Colon und Duodenum. Zwischen Blasenhals und Duodenum besteht eine für Sonde durchgängige Fistel. Cholecystectomie. Inhalt: eitrige Galle, 2 Steine. – Als geheilt am 7. 8. entlassen.

Fall 20:

M. H., 46 Jahre alte Frau, Aufnahme 5. 8. 16. – Pat. hat Gallenbeschwerden seit 5 Jahren. Häufig auftretende Koliken. – Op. 9. 8.: Gallenblase geschrumpft, von derben, alten Verwachsungen allseitig eingeschlossen. Fistel zwischen Blasenfundus und Duodenum, in der ein Stein sitzt. Cholecystectomie. In der Blase ein Stein. – Wegen neuerlicher Beschwerden 1917 Anlegung einer Anastomose. Seitdem beschwerdefrei.

Fall 21:

G. B., 49-jähriger Mann, kommt am 12. 12. 17 in die Klinik. – Vor 3 Jahren erster Gallensteinanfall, dann ganz beschwerdefrei. Seit 5 Wochen täglich Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend. – Op. 15. 12.: An Stelle der Gallenblase findet sich ein derber Narbenknoten, gegen den Magen, Colon und Netz sehr fest fixiert sind. Bei Ablösung Eröffnung einer kleinen Höhle mit 3 Steinen von Walnussgrösse. Von hier aus eine Fistel ins Colon, eine andere in die stark geschrumpfte Gallenblase. Ectomie der Gallenblase, in der sich trübe Galle und 12 bis 15 kleine Steine befinden. Choledochus o. B. – Keinerlei Beschwerden bei der Entlassung am 29. 12.

Fall 22:

A. H., 24-jährige Frau, eingeliefert am 7. 8. 18. – Pat. bekam vor 3 Wochen plötzlich heftige kolikartige Schmerzen in der Gallenblasengegend, es bestand Erbrechen. – Op. 14. 8.: Gallenblase sehr fest verwachsen, prall gefüllt. Punktion: Empyem mit dünnflüssigem Eiter. Gallenblase ist nach dem Colon perforiert. Typische Cholecystectomie. In der Gallen-

blase 3 mittelgrosse Steine. Schleimhaut hämorrhagisch. Inhalt: Eiter und Steine. – Verlauf ganz glatt, so dass Entlassung am 31. 8. erfolgte.

Fall 23:

S. Sch., 51 Jahre alte Frau, eingewiesen am 12. 9. 18. – Gallensteinleidend seit 5 Jahren. Anfälle jedes halbe Jahr. Seit September ds. Js. Häufung der Anfälle. Wiederholt Icterus. – Op. 16. 9.: Gallenblase stark geschrumpft, sie hat das Duodenum ganz herangezogen. Isolierung ergibt eine Fistel zwischen Duodenum und Gallenblase. Typische Cholecystectomie. Schleimhaut der Gallenblase total zerstört. Inhalt: viele kleine Steine. Cysticus und Choledochus o. B. – Am 3. 12. als geheilt entlassen.

Fall 24:

H. P., 42-jährige Frau, eingeliefert am 26. 9. 19. – Im Wochenbett nach einer Geburt 1903 „Magenkrämpfe". Seit 9 Jahren nach der letzten Geburt anfallsweise auftretende Schmerzen im rechten Oberbauch. Vor 9 Wochen Kolik mit Erbrechen. Icterus. – Op. 27. 9.: Blase sehr fest mit Bauchwand und Dünndarm verwachsen. Bei der Lösung findet sich eine Gallenblasen-Duodenalfistel. Ectomie der Gallenblase: chronisches Empyen. Wandung schwartig verdickt. Keine Schleimhaut mehr vorhanden. Inhalt: Eiter und zahlreiche kleine Steine. – Beschwerdefrei entlassen 28. 10.

Fall 25:

M. N., 49 Jahre alte Frau. Aufnahme 3. 12. 19. – Erste Gallensteinkolik vor 15 Jahren ohne Erbrechen nnd Icterus. Beschwerdefrei bis 1913. Seitdem wiederholt schwere Anfälle. Herbst 1919 neue Kolik, 5-tägiger Icterus, hohes Fieber. – Op. 5. 12.: Leber hypertropisch, Gallenblase vergrößert, am Halsteil fest mit anliegendem Darm verwachsen. Bei Ablösung findet sich eine Gallenblasen-Duodenalfistel. Ectomie der Gallenblase, in der sich 5 mittelgrosse Steine befinden. – Nach komplikationslosem Verlauf beschwerdefrei am 17. 1. entlassen.

Fall 26:

L. B., 44-jährige Frau, eingewiesen am 2. 2. 20. – Seit 4 Jahren angeblich Magenkrämpfe. Nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen. Erbrechen. Zwischendurch oft monatelang beschwerdefrei. Seit Oktober 1919 Häufung der Anfälle.

Seitdem dauernd Beschwerden. – Op. 5. 2.: Gallenblase faustgross, am Hals mit dem Duodenum verwachsen. Hier besteht eine Gallenblasenhals-Duodenalfistel. Daneben kirschgroßer Abzess. Cholecystectomie. Gallenblasenschleimhaut ganz vereitert. Inhalt: dicker Eiter und ein grosser Stein im Halsteil. – 9. 3. geheilt entlassen.

Fall 27:

I. H., 71-jähriger Mann, eingeliefert 5. 10. 20. – Pat. hatte vor 6 Jahren die ersten Beschwerden von Seiten der Gallenblase. Druckgefühl, nach den Schultern ausstrahlende Schmerzen. – Op, 7. 10.: geschrumpfte, verwachsene Gallenblase mit Fistel zwischen Blasenfundus und Duodenum. Fistel stark ausgezogen. Choledochus erweitert, aber ohne Stein. Cholecystectomie. Inhalt: 1 Stein, Schleim und Eiter. – Bis 10. 10. bestes Befinden, guter Puls, dann plötzlich einsetzendes Erbrechen, Kleinerwerden des Pulses. Exitus.

Fall 28:

B. K., 27-jähriger Mann, eingewiesen am 20. 5. 21. – Vor 2 Jahren angeblich Gallenblasenentzündung mit Icterus. Seit dieser Zeit fast alle 14 Tage plötzlich auftretende Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen. – Op. 25. 5.: derbe Adhäsionen der stark geschrumpften Gallenblase mit dem Duodenum. Bei Lösung findet sich eine Gallenblasen-Duodenalfistel. Ectomie der Gallenblase. Inhalt: Steine. – Keinerlei Beschwerden bei der Entlassung am 11. 4.

Fall 29:

M. O., 55 Jahre alte Frau, aufgenommen am 30. 9. 21. – 1908 erstmalig nach einer Geburt Schmerzen im rechten Oberbauch. Vor 2 Jahren heftige kolikartige Schmerzen, viel Erbrechen. Niemals Icterus. Jetzt Wiederholung dieser Anfälle. – Op, 6. 10. 21: Gallenblase vom Dünndarm fest überlagert. Beim Freipräparieren ergibt sich eine Gallenblasen-Duodenumfistel. Cholecystectomie. Gallenblase geschrumpft, enthält zahlreiche Steine. – Am 21. 10. beschwerdefrei in hausärztliche Behandlung entlassen.

Fall 30:

E. Sch., 47-jährige Frau, Aufnahme 3. 10. 21. – 1916 Beginn der Gallenblasenbeschwerden mit Druckgefühl. Zunahme der Beschwerden bis zu heftigsten Koliken. In der letzten Zeit alle 2 bis 3 Tage heftige Anfälle mit Erbrechen. Wiederholt Icterus. – Op. 4. 10.: Gallenblase am Fundus mit dem Duo-

denum verwachsen, hier Gallenblasen-Duodenumfistel. Ectomie der geschrumpften, chronisch entzündeten Gallenblase. Inhalt: Galle, keine Steine. Choledochus erweitert, ebenfalls ohne Steine. – Galle entleert sich am 2. Tage in grosser Menge aus dem Drain, das offenbar im Beginn verstopft war. – Exitus am 7. 10. an Herzschwäche.

Fall 31:

E. Sch., 66 Jahre alte Frau, eingeliefert am 15. 11. 22. – Im März 1922 plötzlich Anfall kolikartiger Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen von zweistündiger Dauer. Icterus. Seit dieser Zeit immer leichter Druck in der Magengegend, schlechter Appetit, Gewichtsabnahme. – Op. 18. 11.: Gallenblase geschrumpft, diffus verwachsen. Feine Fistel nach dem Colon transversum. Typische Cholecystectomie. Inhalt der Gallenblase: schleimiger Eiter, ein kirschkerngrosser Stein. – Am 6. 12. nach komplitakionslosem Verlauf entlassen. –

Fall 33:

J. J., 65 Jahre alter Mann, kommt am 29. 9. 24 in die Klinik. – Mit 34 Jahren Beginn der Schmerzen im rechten Oberbauch, kolikartig ohne Erbrechen, ohne Icterus. Seit 2 Jahren Druckgefühl im Epigastrium, jetzt stärker geworden. Keine Koliken. – Op. 10. 10. 24: Gallenblase geschrumpft, kaum fingerdick, mit dem Darm adhärent. Fistel mit dem Duodenum. Cholecystectomie. An der Kuppe ausgewanderte Steine. Choledochus o. B. – Am 20. 10. geheilt entlassen.

Fall 34:

E. K., 33-jährige Frau, eingewiesen am 27. 12. 24. – Juni 1924 Cholecystostomie wegen Empyem und desolatem Zustand der Patientin. Bis November beschwerdefrei. Dann wieder starker Schmerzanfall ohne Icterus mit Erbrechen. – Op. 29. 12: Dickdarm an die Leber herangezogen. Gallenblase geschrumpft, mit Duodenum verwachsen. Nach Trennung findet sich eine Gallenblasen-Duodenalfistel. Cholecystectomie. Choledochus o. B. – Glatter Verlauf. 20. 1. geheilt entlassen.

Fall 32:

W. W., 44 Jahre alter Mann, aufgenommen am 17. 4. 23. – 1908 Cholecystostomie ausgeführt. Seitdem beschwerdefrei bis auf zeitweilige Magenschmerzen. Seit 3 Wochen heftige Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen. – Rechte Oberbauchgegend stark druckschmerzhaft, Abdomen leicht aufge-

trieben. Pat. hoch fiebernd. – Op. 18. 4.: Gallenblase, Netz und Leber mit vorderer Buchwand verwachsen. Gallenblasen-Duodenalfistel. Cholecystectomie. Inhalt: Eiter und ein taubeneigrosser Stein. – Normaler Heilungsverlauf. Am 8. 5. geheilt entlassen.

Fall 35:

L. St., 54-jährige Frau, Aufnahme 29. 12. 24. – Seit einem Jahr typische Gallensteinkoliken. Op. 30. 12.: Blase prall gefüllt, mit Duodenum fest verwachsen. Beim Abpräparieren findet sich eine Gallenblasen-Duodenalfistel. Typische Cholecystectomie. Gallenblasenschleimhaut nekrotisch. Inhalt: mehrere kleine Steine und gelber Eiter. – Am 17. 1. geheilt entlassen. 22. 4. 1925 Choledocho-Duodenostomie wegen Hindernis am Pankreaskopf. Kein Stein.

Fall 36:

A. B., 24-jährige Frau, eingewiesen am 3. 7. 25. – Vor 3 Jahren erkrankte sie mit Koliken in der Magengegend und am rechten Rippenbogen. Kein Icterus. Vor 14 Tagen neuer Anfall. – Op. 7. 6.: Gallenblase fest mit Colon verwachsen, Gallenblasen-Colonfistel, für Knopfsonde durchgängig. Ectomie der Gallenblase. Inhalt: 5 kirschgrosse Steine. Schleimhaut stark gerötet, mehrfach ulceriert. – Pat. wird am 25. 7. nach reaktionslosem Wundverlauf als geheilt entlassen.

Fall 37:

R. B., 29 Jahre alter Mann, eingeliefert am 24. 1. 26. Anamnese ungenau. – Op. 4. 2.: an der Leberpforte ausgedehnte, kaum entwirrbare Verwachsungen. Isolierung der kaum walnussgrossen Gallenblase. Perforation ins Quercolon. Haselnussgrosser Stein sitzt in der Perforationsstelle. Drainage der Gallenblase. Paratyphus B.-Bazillenträger. – Am 9. 4. beschwerdefrei entlassen.

Fall 38:

E. L., 24-jährige Frau, Aufnahme 14. 9. 26. – Seit einem Vierteljahr Schmerzen in der Magengegend, nach der rechten Schulter ausstrahlend. Wiederholt Erbrechen, allmähliche Zunahme der Beschwerden. – Op. 18. 9.: Gallenblase geschrumpft, Duodenum herangezogen. Bei Abtrennung Eröffnung einer für den Daumen durchgängigen Gallenblasen-Duodenumfistel. Typische Ectomie der Gallenblase. Inhalt: trübe Galle, keine Steine. – Ungestörter Heilungsverlauf. Bei der Entlassung am 12. 10. keinerlei Beschwerden mehr.

Fall 39:

A. P., 65 Jahre alte Frau, kommt am 20. 9. 26 in die Klinik. – Anamnese fehlt. – Op. 2. 9.: Beim Ablösen der geschrumpften Blase von der Leber Freilegung einer Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. Ectomie der daumengliedgrossen Gallenblase, die leer ist. Drainage. Am 11. 10. nach glattem Verlauf geheilt entlassen.

Fall 40:

H. R., 49-jährige Frau, eingewiesen am 23. 9. 26. – Vor einiger Zeit Gastroenterostomie angeblich wegen Ulcus. War seitdem nie beschwerdefrei, schliesslich dauernd Koliken ohne Icterus. Op. 25. 9. Breite Verwachsungen zwischen Gallenblase und Duodenum, die gelöst werden. Dabei Eröffnung einer feinen Anastomose zwischen Gallenblasenfundus und Duodenum. Cholecystectomie. Gallenblase enthält 7 grosse Steine. Magen o. B. Anastomose gut durchgängig. – Am 20. 10. ohne Beschwerden entlassen.

Fall 41:

E. R., 21-jährige Frau, aufgenommen am 21. 10. 26. – Anamnese fehlt. – Leberunterfläche diffus und breit mit Netz sowie Dick- und Dünndarm verwachsen. Gallenblase ist geschrumpft und geht mit feinem Stiel in den Dickdarm über: Gallenblasen-Colonfistel. Typische Cholecystectomie. Gallenblaseninhalt: wenig Galle, 2 mittelgrosse Steine. – Bei der Entlassung am 1. 12. keinerlei Beschwerden mehr.

Fall 42:

A. B., 33-jährige Frau, eingewiesen am 7. 4. 31. – Seit 8 Wochen angeblich Bauchgrippe, zuletzt mehrfach Erbrechen. – Blasse Frau, Puls weich, fadenförmig, Druckempfindlichkeit im rechten Oberbauch. Faustgrosser Tumor fühlbar. – Op. 11. 4.: Gallenblase fest mit Netz und Colon verwachsen. Im Netz faustgrosser Abszess, der in toto entfernt wird. Feine Fistel der Gallenblase zum Colon. Cholecystectomie. Gallenblase enthält 3 grosse runde Steine, einer ist im Blasenhals eingeheilt. Gallenblasenwand morsch, mit Abszessen durchsetzt. – Entlassung ohne Beschwerden am 4. 5.

Fall 43:

L. S., Frau, aufgenommen am 1. 8. 01. – Anamnese fehlt. – Op. 3. 8.: Viele derbe Adhäsionen um die geschrumpfte Gallenblase. Gallenblasen-Colonfistel. Choledochus erweitert. In-

zision. Inhalt: 1 Stein. Ectomie der Gallenblase. – Geheilt entlassen am 6. 9.

Fall 44:

J. A., 26-jährige Frau aufgenommen 9. 9. 02. – Vor 3 Jahren erster Anfall von Gallensteinkolik mit Erbrechen. Später alle paar Wochen ein Anfall. Niemals Icterus. Op. 11. 9.: Gallenblase klein, geschrumpft, zahlreiche derbe Verwachsungen mit dem Duodenum. Bei Lösung Eröffnung einer Gallenblasen-Duodenalfistel. Choledochus stark erweitert. Choledochotomie. Entfernung eines Steines und Einnähung eines Katheters. – Am 13. 10. ohne Beschwerden entlassen. Nach Mitteilung vom Dezember 1904 beschwerdefrei geblieben.

Fall 45:

Ch. R., 49-jähriger Mann, aufgenommen 1. 12. 03. – Seit Jahren heftige Koliken mit Erbrechen. In der letzten Zeit Beschwerden stärker, dabei leichter Icterus. – Op. 2. 12.: Gallenblase geschrumpft, leer. Feine fistulöse Verbindung der Gallenblase mit dem Duodenum. Cholecystectomie. Im Choledochus ein Stein festsitzend. Drainage des Choledochus. – Entlassen am 5. 1. 04, beschwerdefrei. Nachuntersucht 1904 und 1912: gänzlich beschwerdefrei.

Fall 46:

K. W., 38-jährige Frau, Aufnahme am 25. 4. 04. – Seit 5 Jahren anfallsweise Schmerzen im rechten Epigastrium und im Rücken. Während einer Schwangerschaft nach einem plötzlichen Schmerzanfall 14 Tage gelb gewesen. Jetzt meist alle 2 Tage heftige Koliken. – Op. 1. 6.: Gallenblasenwandung verdickt, an der Kuppe Adhäsionen mit Netz und Colon. Beim Lösungsversuch Eröffnung einer Höhle, die mit Gallenblase und Colon kommuniziert, darin 20 erbsengrosse Steine. Blase enthält eitrige Galle und 20 haselnussgrosse Steine. Choledochus fingerdick erweitert. Choledochotomie. Entfernung einiger Steine. Schluß mit 5 Nähten. Hepaticusdrainage. – Am 27. 6. beschwerdefrei entlassen. – Mitteilung 1912: ein leichter Anfall 1911, sonst stets beschwerdefrei.

Fall 47:

K. W., 60-jährige Frau, eingewiesen am 24. 8. 04. – Seit 3 Wochen nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen in der Gallenblasengegend. Keine eigentlichen Koliken gehabt, kein Icterus, Stuhlgang regelmässig. – In der Gallenblasengegend ein steinharter, unempfindlicher, hühnereigrosser Tumor fühl-

bar. Leber tiefstehend. – Op. 29. 8.: Hochgradige Perihepatitis, Gallenblase stark geschrumpft, in dicke, membranöse Verwachsungen eingebettet. Beim Lösen der Verwachsungen Eröffnung einer linsengrossen Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. Gallengänge stark erweitert. Incision des Choledochus, der massenhaft bröcklige Konkremente enthält. Choledochusdrainage. – Entlassung ohne Beschwerden am 6. 10. – Mitteilung vom Januar 1912: völlig ohne Beschwerden.

Fall 48:

W. J., Frau, aufgenommen am 18. 9. 04. – Anamnese fehlt. – Op. 19. 9.: Gallenblase sehr klein, geschrumpft, mit dem Magen fest verwachsen. Kleine Fistel nach dem Magen. Ectomie der Gallenblase, die 2 kleine Steine enthält. Choledochotomie. Inhalt: 1 grösserer Stein. Choledochusdrainage. – Nach postoperativ komplikationslosem Verlauf beschwerdefrei entlassen am 15. 8.

Fall 49:

P. N., 45 Jahre alte Frau, 4. 1. 06 eingeliefert. – Seit $2^1/_2$ Jahren anfallsweise Schmerzen im rechten Oberbauch mit Erbrechen, bisweilen Icterus. Letzter Anfall vor 3 Tagen. – Op. 8. 1.: Leber stark geschwollen, Gallenblase gross mit sehr verdickten Wandungen. Adhäsionen mit dem Colon. An der Kuppe ist die Gallenblase mit dem Colon fistulös verbunden. Choledochus stark erweitert, wird inzidiert, enthält 2 haselnussgrosse Steine, die entfernt werden. Drainage. Cholecystectomie. – Am 3. 2. mit geschlossener Fistel geheilt entlassen.

Fall 50:

K. B., 45-jährige Frau, Aufnahme 29. 1. 06. – Vor 18 Jahren der erste Kolikanfall, dann jährlich ein Anfall, seit 1900 alle 3 Monate starke Beschwerden. Kein Icterus, jedoch meist etwas Temperatur. – Op. 8. 2.: Die stark geschrumpfte Gallenblase ist mit dem Colon transversum derb verwachsen, Gallenblasen-Colonfistel. Cholecystectomie. Choledochus erweitert. Incision, er enthält reichlich Gallengries. Hepaticusdrainage. – Glatter Verlauf, geheilt entlassen am 21. 3.

Fall 51:

E. W., 61 Jahre alte Frau, kommt am 13. 3. 06 in die Klinik. – Seit einem Jahr angeblich kolikartige Anfälle, die

plötzlich einsetzten und mehrere Stunden dauerten. Erbrechen dabei. In der anfallsfreien Zeit nie ganz schmerzfrei gewesen. Zuletzt fast täglich Anfälle. Seit 4 Wochen Icterus. – Op. 16. 3.: Leber unverändert, Gallenblase stark geschrumpft, in sehr reichliche Adhäsionen eingebettet. Es besteht eine Fistel zwischen Gallenblase und Dünndarm. Choledochus erweitert. Choledochotomie. Entfernung eines bohnengrossen Steines. Katheter eingenäht. (Gallenblase nicht eröffnet.) – Am 21. 4. gesund entlassen.

Fall 52:

Ch. H., 47-jähriger Mann, Aufnahme 5. 5. 06. – Vor 15 und vor 10 Jahren Anfälle von Gallensteinkoliken. Jetziger Anfall seit 6 Wochen. Icterus verschwand nach 14 Tagen. Wiederholt Erbrechen. Innerhalb 6 Wochen 30 Pfund Gewichtsabnahme. – Op. 9. 5.: Das Colon transversum ist an die geschrumpfte Gallenblase herangezogen, feine Kommunikation zwischen Gallenblase und Colon. Übernähung. Weitere 2 Fisteln zwischen Gallenblase und Duodenum. Cholecystectomie. Choledochus stark erweitert, Incision, enthält 3 walnussgrosse Steine. Hepaticusdrainage. – 3. 7. Entlassung bei gutem Befinden.

Fall 53:

K. R., 54-jährige Frau, aufgenommen am 23. 7, 06. – Vor 20 Jahren erstmalig Gallensteinanfälle. 2 Wochen Icterus. Bis 1905 beschwerdefrei. Seitdem sehr häufig Kolikanfälle, stets Fieber, kein Icterus. – Op. 30. 7.: Gallenblase stark geschrumpft, in Verwachsungen eingebettet, besonders mit Leber, Netz und Magen fest verlötet. Fistel zwischen Gallenblasenfundus und Magen. Ectomie der Gallenblase. Im erweiterten Choledochus Steine. Choledochotomie. 2 haselnussgrosse Steine werden entfernt. Katheter in den Choledochus. – Am 1. 9. beschwerdefrei entlassen. Bald nach der Operation erneute Beschwerden. – Nochmalige Operation am 9. 7. 07: Entfernung zweier haselnussgrosser Steine aus dem Choledochus. – Lt. Mitteilung vom Januar 1912 seitdem beschwerdefrei.

Fall 54:

F. Sch., 59-jährige Frau, Aufnahme 8. 8. 06. – Vor 3 Jahren Fieber und Schüttelfrost. Keine Schmerzen. Seit Februar ds. Js. wieder Fieber, Erbrechen, etwas Schmerzen in der Gallenblasengegend. Vor 8 Tagen plötzlich heftige Gallensteinkoliken, galliges Erbrechen, Schüttelfröste und Fieber. –

Op. 8. 7.: Gallenblase vergrössert, mit verdickten Wandungen und Adhäsionen der Kuppe mit Netz und Duodenum, Fistel zwischen Gallenblase und Pylorusteil des Duodenums. Choledochus stark erweitert, keine Steine, lediglich trübe Galle enthaltend. Hepaticusdrainage, Drain in die Gallenblase. – Am 1. 9. entlassen. Befund sehr gut. Mitteilung vom März 1912: nie wieder Beschwerden aufgetreten.

Fall 55:

W. D., 57-jährige Frau, 11. 10. 06 eingeliefert. – Seit 5 Jahren erst geringe, später intensive Kolikanfälle. Seit Anfang 1906 alle 14 Tage Anfälle. In der letzten Woche täglich Anfälle. Öfter etwas gelb gewesen, wiederholt hat Fieber bestanden. – Leichter Icterus, starke Bauchdeckenspannung, enorme Druckempfindlichkeit. – Op. 15. 10: Rechter Leberlappen reicht bis zur Spina iliaca anterior superior. Gallenblase stark geschrumpft, eingebettet in derbe Verwachsungen mit Netz, Magen und Colon. Feine Fistel zwischen Gallenblase und Colon transversum. Cholecystectomie. Choledochus etwas erweitert. An der Papille ein Stein. Incision. Hepaticus und Choledochusdrainage. – 16. 10. Exitus. Sektion: fettige Degeneration des Herzmuskels, Tuberkulose beider Lungenspitzen.

Fall 56:

P. N., 46 Jahre alte Frau, 2. 1. 07 aufgenommen. – Erste Erscheinungen eines Gallenblasenleidens vor 6 Jahren mit Erbrechen, Fieber, Icterus, seitdem fast monatlich ein Anfall. Oktober 1906 Verschlimmerung, Koliken alle 3 Wochen mit Icterus und Fieber. – Op. 5. 1.: derbe Verwachsungen zwischen Leberunterfläche und herangezogenem Colon. Gallenblase taubeneigross geschrumpft, mit Colon fest verwachsen. Erbsengrosse Perforation zwischen Dickdarm und Gallenblase. Typische Ectomie der Gallenblase. Choledochus daumendick. Choledochotomie. Es wird ein haselnussgrosser Stein gefunden. Hepaticusdrainage. – Glatter Heilungsverlauf. Am 6. 2. geheilt entlassen.

Fall 57:

P. G., 53-jährige Frau, eingewiesen am 25. 7. 07. – 1901 Schmerzanfall mit Icterus. Vor $2^1/_2$ Jahren erneut dieselben Beschwerden. Seit 6 Wochen wieder Schmerzen in der Gallenblasengegend, kein Erbrechen, kein Fieber. Seit 3 Wochen Icterus. – Op. 26. 7.: Breite Adhäsionen zwischen Leber, Pylorus, Duodenum und Colon. Von der Gallenblase zum Duodenum eine feine Perforation. Gallenblase vergrössert, enthält schmierigen Eiter und ca. 20 haselnussgrosse Steine.

Ectomie der Gallenblase. Choledochotomie. Choledochusdrainage. – Am 22. 8. beschwerdefrei entlassen.

Fall 58:

M. Sch., 45 Jahre alte Frau, kommt am 31. 12. 07 in die Klinik. – Pat. hatte vor 18 Jahren nach dem ersten Wochenbett den ersten typischen Kolikanfall. Fast jährliche Wiederholung. Letzter Anfall im November 1907 mit Icterus. – Op. 2. 1. 08: Gallenblase mit dem Darm derb verwachsen, Dünndarm mit Gallenblase durch eine Perforation verbunden. Choledochus eröffnet, Entfernung mehrerer grosser Steine. Choledochusdrainage. – Am 7. 2. 08 Entlassung ohne Beschwerden. – Mitteilung vom 8. 1. 12: gänzlich beschwerdefrei.

Fall 59:

K. H., 26 Jahre alte Frau, Aufnahme 4. 11. 08. – Seit 4 Jahren nach der letzten Geburt alle 4 – 6 Wochen heftige „Magenkrämpfe", bisweilen Icterus und Erbrechen. Letzter Anfall vor 3 Tagen. – Op. 5. 11. 08: Gallenblase in dichte Verwachsungen eingebettet. Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. Typische Cholecystectomie. Gallenblase enthält Eiter. Choledochus stark erweitert, wird eröffnet. Ein haselnussgrosser Stein entfernt. Choledochusdrainage. – Entlassen am 12. 12. 08. – Neue Beschwerden seit April 1909, Koliken, Icterus, Fieber. Op. 5. 11. 09: Choledochoduodenostomie. – Am 25. 11. geheilt entlassen.

Fall 60:

K. Sch., 51-jährige Frau, am 1. 2. 09 aufgenommen. – Vor 2 Jahren erster Gallensteinanfall, häufig wiederholt mit Erbrechen und Icterus. – Op. 5. 2.: Leber vergrössert, Gallenblase stark geschrumpft, kleinfingerdick, an der Kuppe Perforation ins Duodenum, etwa linsengross. Choledochus daumendick. Bei Incision entweicht Gas und schaumige Galle. Kein Stein. Hepaticusdrainage. Ectomie der Gallenblase. – Glatter Heilungsverlauf. Am 2. 3. beschwerdefrei entlassen. – Nachuntersucht im Januar 1912: völlig beschwerdefrei geblieben.

Fall 61:

K. W., 55-jährige Frau, kommt am 12. 5. 09 in die Klinik. Vor 2 Jahren Gallensteinkolik ohne Icterus, Anfang April 1909 heftigste Schmerzen in der Gallenblasengegend. Seit einigen Tagen Icterus sowie starke Gewichtsabnahme. – Op. 21. 5.: Leber stark vergrössert, Colon transversum stark mit dem Fundus der Gallenblase verwachsen. Gallenblase geschrumpft, Wandung verdickt. Fistel zum Quercolon, son-

dendurchgängig. Choledochus fingerdick. Choledochotomie. Entfernung bröckeliger Cholestearinmassen. Vor der Papille ein Stein. Katheter in den Choledochus eingelegt. – Keinerlei Beschwerden bei der Entlassung am 9. 7. – Mitteilung vom 6. 2. 12: neue Kolikanfälle 1911 mit Icterus.

Fall 62:

M. H., 55-jährige Frau, eingeliefert am 27. 10. 09. – Schon seit 10 Jahren Schmerzen in der Magengegend mit Kolikanfällen. Letzter vor 3 Wochen mit Icterus, seitdem immer Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens. Vor 3 Jahren Typhus, vor 2 Jahren Abgang eines kastaniengrossen Steines mit dem Stuhl. – Pat. icterisch, fiebernd. Starke Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. – Op. 28. 10: Gallenblase, Colon, Duodenum ausgedehnt verwachsen, Gallenblase auf Taubeneigrösse geschrumpft. Fistel zwischen Colon und Gallenblase. Incision der Gallenblase. Ein Stein wird entfernt, es entleert sich trübe, grauweissliche Flüssigkeit. Keine Cholecystectomie. – Bakteriologische Untersuchung der Galle: Typhus, Koli und Streptokokken. – Entlassung ohne Beschwerden am 3. 12.

Fall 63:

A. W., 51 Jahre alter Mann, aufgenommen am 2. 5. 10. – Vor 20 Jahren erstmalig typische Gallensteinkoliken, in den letzten Jahren 4 bis 5 Anfälle jährlich. Seit 10 Monaten alle paar Tage Anfälle. Seit November ständig gelb. – Lebergegend mässig druckempfindlich, geringe Bauchdeckenspannung. – Op. 9. 5.: Leber vergrössert, Gallenblase geschrumpft, derbwandig. Verwachsungen zwischen Gallenblase, Dickdarm und Duodenum. 2 cm langer Fistelgang zwischen Colon transversum und Gallenblase. Choledochus daumendick, wird eröffnet. Man findet haselnussgrossen Stein. Drainage. Gallenblase wird nicht entfernt. Cholecystostomie. Gallenblase drainiert mit Gummikatheter. Schluss der Fistel am 14. 6. – Beschwerdefrei entlassen am 1. 6. – Am 22. 11. 10 Choledochoduodenostomie wegen neuerlichen Verschlusses.

Fall 64:

A. R., 48-jährige Frau. Aufnahme 8. 8. 10. – Seit dem 17. Jahr kurzdauernde Magenschmerzen. Ein typischer Kolikanfall 1906. Erbrechen, kein Icterus. Nach 2 Monaten neuer Anfall mit Icterus, der allmählich immer stärker wurde. Kur in Karlsbad. In den letzten Jahren wiederholt Anfälle ohne Icterus. Seit Juni fast jeden Tag Anfälle, bisweilen geringer Icterus. – Op. 9. 8.: Gallenblase geschrumpft, haselnussgross,

adhärent gegen den Magen. Lösung, dabei Eröffnung einer Gallenblasen-Magenfistel. Übernähung. Choledochus stark erweitert. Incision. Entfernung zweier walnussgrosser Steine. Drainage des Choledochus. Cholecystectomie. – Am 3. 9. beschwerdefrei entlassen. – Mitteilung vom Januar 1912: beschwerdefrei.

Fall 65:

G. L., 58-jährige Frau, eingewiesen am 10. 11. 10. – Anamnese nicht aufgenommen. – Op. 11. 11.: Gallenblase geschrumpft, liegt verwachsen zwischen Netz, Dickdarm und Duodenum. Bei Isolierung Eröffnung einer Fistel zwischen Gallenblase und Dickdarm. Übernähung. Cholecystectomie. Ductus cysticus und Choledochus werden eröffnet, daraus 3 etwa haselnussgrosse Steine entfernt. Katheter in Hepaticus. – Keinerlei Beschwerden bei der Entlassung am 5. 12.

Fall 66:

K. M. 46, Jahre alte Frau, aufgenommen am 7. 11. 10. – Erster Kolikanfall im Oktober, zweiter Ende Oktober mit Icterus. Nie Erbrechen. – Leber nicht vergrössert, deutlicher Druckschmerz in der Gallenblasengegend, keine Resistenz. – Op. 9. 11.: Gallenblase geschrumpft, kaum walnussgross, unterhalb der Kuppe derb mit Duodenum verwachsen. Hier linsengrosse, alte Perforation. Cysticus völlig obliteriert. Choledochus daumendick. Incision. Entfernung eines haselnussgrossen Steines. Cholecystectomie. – Glatter Verlauf. Am 12. 12. geheilt entlassen.

Fall 67:

A. K., 47 Jahre alte Frau, am 12. 6. 11 eingeliefert. – Seit 15 Jahren häufig Kolikanfälle, zeitweise sehr lange frei von allen Beschwerden. In letzter Zeit Anfälle langdauernd, mit Erbrechen. Früher bisweilen Icterus. Starker Icterus seit 5 Wochen nach einem heftigen Anfall. – Op. 13. 6.: Gallenblase verwachsen mit Duodenum. Bei Isolierung Durchtrennung einer Fistel zwischen Duodenum und Gallenblase. Choledochus sehr weit, wird eröffnet. Entfernung eines erbsengrossen Steines, desgleichen Stein aus dem Hepaticus entfernt. Cholecystectomie. – Am 7. 7. als geheilt entlassen.

Fall 68:

A. Sch., 51 Jahre alte Frau, aufgenommen am 27. 9. 11. – Seit 5 bis 6 Jahren typische Gallensteinkoliken, anfangs mit langen Zwischenpausen, im letzten Sommer Anfälle recht oft, zuletzt alle 3 bis 4 Tage Schmerzen. Häufig Icterus und

Hautjucken, mitunter Erbrechen. – Op. 28. 9.: Gallenblase schwartig verdickt, Cysticus weit, beide mit Steinen gefüllt, desgleichen Choledochus. Fistel zwischen Gallenblasenfundus und Pylorus. Cholecystectomie. Incision des Choledochus, Hepaticusdrainage. - Komplikationsloser Verlauf, beschwerdefrei entlassen am 1. 11.

Fall 69:

M. R., 60 Jahre alte Frau, kommt am 24. 11. 11 in die Klinik. – Seit Mai ds. Js. häufig starker Druck im Oberbauch rechts, nach dem Rücken und den Schultern ausstrahlend, kein Erbrechen. Im Mai angeblich 8 Tage Icterus. – Leber reicht bis in Nabelhöhe, Gallenblase prall, kleinfaustgross, den Leberrand um 3 Querfinger überragend. – Op. 27. 11.: Gallenblase stark vergrössert, mit Netz und Dünndarm stark verwachsen. Kleine Gallenblasen-Colonfistel. Gallenblase enthält zahlreiche Steine. Im Choledochus mehrere erbsengrosse Steine. Ectomie der Gallenblase. Choledochotomie und Drainage des Choledochus. – Nach komplikationslosem Verlauf am 30. 12. als geheilt entlassen.

Fall 70:

M. O., 52-jährige Frau, am 19. 2. 12 eingeliefert. – Seit vielen Jahren an „Magenkrämpfen" leidend, im Dezember starker Kolikanfall mit Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen und starkem Icterus. Jetzt schon 3 Monate lang Druckgefühl unter dem rechten Rippenbogen. – Op. 20. 2.: ausgedehnte Verwachsungen der Gallenblase mit Netz und Quercolon, dicht oberhalb des Cysticusabganges kleine Fistel zwischen Duodenum und Gallenblase. Choledochus über daumendick. Wird inzidiert. 6 große Steine entfernt. Kathetereinnähung in den Hepaticus. Cholecystectomie. – Beschwerdefrei entlassen am 16. 3.

Fall 71:

E. G., 66-jährige Frau, Aufnahme 28. 1. 13. - Seit 5 Jahren zeitweise Schmerzen im rechten Oberbauch, oft Erbrechen, Icterus. Zuletzt dauernd Beschwerden. Abmagerung. – Op. 31. 1.: Gallenblase mit Netz und Duodenum verwachsen, auf Walnussgrösse geschrumpft. Fistel zwischen Duodenum und Gallenblasenhals. Abtragung des Gallenblasenfundus. Incision des Choledochus, frei. Katheter eingelegt. Mehrere hanfkorngrosse Steine im Cysticus. Drainage. Kraterförmiges Ulcus an der oberen hinteren Magenwand (Verdacht auf Ca.), Ernährung durch Dauereinläufe. Täglich Erbrechen. – Abermalige Laparatomie am 7. 3. Befund: hühnereigrosser, derber,

runder Tumor an der kleinen Curvatur des Magens, inoperables Carcinom. – 20. 3. Wunden geheilt, Entlassung.

Fall 72:

A. J., 49 Jahre alte Frau, Aufnahme 6. 10. 13. – Vor 27 und 23 Jahren Geburten. Mit diesen Geburten zeitweise Schmerzen in der Magengegend, zum Rücken ausstrahlend. Vor 4 Jahren Cholecystostomie und Ausräumung von Steinen aus der Blase. (Empyem). Icterus vor einem Jahr. – Op. 9. 10.: Unechtes Steinrezidiv. Normal grosse, leicht injizierte, ganz prall gefüllte Gallenblase, rings locker verwachsen, an der Kuppe ausgezogene Fistel mit dem Quercolon. Gallenblaseninhalt: trübe, gelblich gefärbte schleimige Masse (Darminhalt). Im Cysticus erbsengrosser Stein eingeklemmt. Choledochus daumendick, wird eröffnet. An der Papille kirschgrosser Stein. Cholecystectomie und Hepaticusdrainage. – Am 12. 11. geheilt entlassen.

Fall 73:

J. M., 66 Jahre alte Frau, eingewiesen am 21. 11. 13. – Vor 20 Jahren erstmalig kurzdauernde „Magenkrämpfe". Seit mehreren Jahren hin und wieder leichte drückende Schmerzen in der Gallenblasengegend. Seit Sept. 1913 sehr starke Schmerzen. Abmagerung. Seit 6 Wochen Icterus und neue Anfälle. – Pat. icterisch, unterer Leberrand in Nabelhöhe. – Op. 29. 11.: Gallenblase stark geschrumpft, fest verwachsen mit Colon und Duodenum. Gallenblasen-Colonfistel. Choledochus daumendick. Choledochotomie. 3 haselnussgrosse Steine werden entfernt. Cholecystectomie. Katheter in Choledochus. Drainage. – Unkomplizierter Verlauf. Geheilt entlassen am 20. 12.

Fall 74:

M. L., 40 Jahre alte Frau, kommt am 26. 2. 14 in die Klinik. – Seit Juli 1913 Schmerzen in der Magengegend mit Erbrechen und Diarrhoe. Icterus im September. Op. 4. 3.: Leber grobhöckerig, Gallenblase stark geschrumpft, 2 Fisteln mit Colon. Lösung und Übernähung. Cholecystectomie. Choledochusincision. Ein grosser Stein entfernt, wasserdichte Drainage des Choledochus. – Collaps am nächsten Tag. Zunehmende Herzschwäche. Exitus am 5. 3. – Sektion: Innere Verblutung durch Lösung der Ligatur der Art cystica.

Fall 75:

E. B., 51-jährige Frau, eingewiesen am 15. 1. 15. – Beschwerden nach Cholecystostomie. Unechtes Steinrezidiv! – Op. 26. 1.:

Gallenblase ausgedehnt mit der Bauchwand und den Eingeweiden verwachsen. Gallenblase nur haselnussgross, mit dem Duodenum fistulös verbunden. Cholecystectomie. Inhalt: 2 kleine Steine. Choledochus fingerdick, wird eröffnet. 2 erbsengrosse Steine. Drainage. – 1. 3. beschwerdefrei entlassen.

Fall 76:

Ch. L., 42 Jahre alte Frau, Aufnahme am 25. 1. 15. – Entbindung vor 11 Tagen. Während der ganzen Schwangerschaft anfallsweise Schwerzen in der rechten Oberbauchgegend, nach der Schulter ausstrahlend, häufig Erbrechen. Mit jedem Anfall heftigere Schmerzen. Bereits vor Entbindung bestand Icterus und Fieber bis 40°. – Elend aussehende Frau, icterisch, hoch fiebernd, Puls klein und weich, beschleunigt. – Rechte Oberbauchgegend sehr schmerzhaft bei Druck, Leber steht sehr tief. – Nach Temperaturabfall und allgemeiner Besserung Op. 4. 2.: Infektiöse Cholangitis sine concremento! Gallenblase endzündlich infiltriert, ausgedehnte succulente Adhäsionen. Fistel zwischen Gallenblase und Colon. Incision des Choledochus: auch keine Steine, nur trübe, flockige Galle. Bakteriologisch Koli. – Beschwerdefrei am 16. 3. entlassen. Lediglich geringe Gallenfistel.

Fall 77:

O. B., 54-jährige Frau, eingeliefert am 4. 3. 15. – Vor drei Jahren erkrankte sie plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Magengegend, dabei bestand Erbrechen. Danach $^1/_4$ Jahr lang nicht recht gesund gewesen, immer Druckgefühl in der Gallenblasengegend. Vor 2 Jahren erneut ein Anfall. Seit Januar 1915 jeden 2. bis 3. Tag sehr heftige Schmerzen. Seitdem auch immer leichte Gelbsucht. – Icterische Patientin. Gallenblase als Tumor etwas unter dem Nabel fühlbar. Stark druckempfindlich. – Op. 10. 3.: Gallenblase geschrumpft, flächenhafte Verwachsungen mit Colon und Duodenum. Colon-Gallenblasenfistel. Choledochus fingerdick, vor der Papille ein Stein. Drainage des Choledochus. Cholecystectomie. 2 Steine in der Gallenblase. – Heilungsverlauf ohne Komplikation. Am 1. 4. geheilt entlassen.

Fall 78:

B. V., 42-jähriger Mann, kommt am 13. 3. 15 in die Klinik. Patient hat seit 10 Jahren Gallensteinkoliken. Op. 16. 3.: ausgedehnte Adhäsionen zwischen Gallenblase, Netz und Dickdarm. Fistelverbindung der Gallenblase mit dem Colon.

Choledochuswand entzündlich infiltriert. Incision und Entfernung eines bohnengrossen Steines. Choledochusdrainage. Cholecystectomie. Gallenblase enthält keine Steine mehr. – Wegen Hepaticusverletzung später Hepaticogastrostomie. Darauf beschwerdefrei. Bei Durchleuchtung sieht man den Übertritt von Baryumbrei in die Gallengänge.

Fall 79:

J. S., 59-jährige Frau, am 22. 3. 15 eingeliefert. – Vor 5 Jahren „Magenkrämpfe". Seit 2 Jahren sehr häufige Koliken, die sich in der letzten Zeit oft täglich einstellten. Vor 2 Jahren einmal Icterus. Vor 14 Tagen neuer Icterus, der allmählich zurückging. – Pat. leicht icterisch, mässiger E. Z. Geringe Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. – Op. 24. 3. Gallenblase nagelgliedgross, Netz und Mesocolon fest hiermit verwachsen. Lösung der Adhäsionen am Gallenblasenhals ergibt 2 Fisteln zwischen Gallenblasenhals und Duodenum dicht nebeneinander. Hepaticusdrainage. Die geschrumpfte Gallenblase bleibt zurück. – Nach komplikationslosem Verlauf am 20. 4. beschwerdefrei entlassen.

Fall 80.

E. K., 30 Jahre alte Frau, Aufnahme am 1. 6. 15. – Vor 6 Jahren wegen Gallenstein operiert, war vorher oft icterisch. 2 Jahre nach der Operation beschwerdefrei. Später wieder häufiger Anfälle mit Icterus. Seit November 1914 fast alle 8 bis 14 Tage Koliken. – Z. Zt. kein Icterus. Deutlicher Gallenblasentumor, druckschmerzhaft. – Op. 2. 6.: Steinrezidiv! (früher Cholecystostomie). Gallenblase daumengliedgross, Kuppe mit Ostotomienarbe der Bauchwand verwachsen. Relativ wenig Adhäsionen. Am Gallenblasenhals Fistel mit dem Duodenum. Choledochus erweitert, enthält kirschkerngrossen Stein. Choledochotomie und Drainage des Hepaticus. Ectomie der Gallenblase. – Keinerlei Beschwerden bei der Entlassung am 22. 6. 15.

Fall 81:

L. R., 30 Jahre alte Frau, eingeliefert am 16. 7. 15. Mit 20 Jahren, 4 Wochen nach der ersten Geburt, erster typischer Kolikanfall, jedoch ohne Erbrechen, kein Icterus, Dauer: 1 Stunde. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren neuer Anfall mit Erbrechen, seitdem jährlich ein Anfall, jedoch nie dabei Gelbsucht. Letzter Anfall vor 14 Tagen. – Jetzt besteht deutlicher Icterus. Leber sehr tiefstehend, rechts vom Nabel Druckempfindlichkeit, starke Bauchdeckenspannung. – Op. 18. 7.: Gallenblase vergrössert, prall gefüllt, Verwachsungen der Kuppe mit dem

Quercolon. Hier besteht eine Gallenblasen-Dickdarmfistel. Gallenblase enthält trübe Galle. Cholecystectomie. Choledochus erweitert, wird inzidiert, enthält keine Steine. Drainage des Hepaticus. Am 18. 8. als geheilt entlassen.

Fall 82:

Ch. E., 37 Jahre alte Frau, eingewiesen am 2. 10. 16. – Seit 2 Jahren Gallensteinkoliken, anfangs alle 2 bis 3 Monate, einmal mit Icterus von 3 Wochen Dauer. – Seitdem häufigere Kolikanfälle mit Icterus, gelegentlich auch mit Schüttelfrost. – Gallenblasengegend stark druckempfindlich. – Op. 4. 10.: Gallenblase geschrumpft, allseitig von Netz und Quercolon überdeckt. Es besteht eine stark ausgezogene Fistel nach dem Quercolon. Choledochuszellgewebe infiltriert. Incision. Inhalt: Eiter und Schleim in grossen Mengen, 4 mittelgrosse, 16 kleinere Steine. – Ectomie der Gallenblase. Dabei zeigt sich, dass diese nach dem Leberbett durchgebrochen ist. Ausschneidung. Hepaticusdrainage. – Bakteriologischer Befund: Bakt. Coli. – 4. 12. 16: Galle steril. Als geheilt entlassen. – Briefliche Mitteilung vom 15. 2. 23: Ausser Verstopfung beschwerdefrei.

Fall 83:

H. B., 58-jähriger Mann, Aufnahme am 24. 10. 17. – Seit 6 Jahren heftige Kolikanfälle, im letzten Jahr fast jeden Monat. Immer langanhaltender Icterus. – Z. Zt. leichter Icterus. – Op. 26. 10: Leber stark vergrössert, derb und höckerig (Cirrhose). Gallenblase geschrumpft, etwa kirchkerngross. Bei der Lösung der festen Verwachsungen Eröffnung einer Gallenblasen-Colonfistel. Choledochus fingerdick, derb. Bei Eröffnuug klare Galle, keine Steine. – 11. 11. beschwerdefrei entlassen.

Fall 84:

K. F., 52 Jahre alte Frau, 23. 1. 20 eingeliefert. – Vor 10 Jahren hatte Pat. häufig kurzdauernde „Magenkrämpfe". Bis zum Herbst 1919 seit 5 Jahren beschwerdefrei. Darauf erneut Magendruck ohne Anfälle. Icterus besteht seidem dauernd. – Op. 30. 1. 20: Ausgedehnte Verwachsungen, besonders das Duodenum ist in grosser Ausdehnung an die Leber fixiert. Eine Cholecystoduodenalfistel ergibt sich bei der Ausschälung der kaum kirschgrossen Gallenblase. Choledochus stark erweitert, wird eröffnet, enthält einen grossen Stein. Choledochusdrainage. Cholecystectomie. – Beschwerdefrei entlassen am 23. 1.

Fall 85:

M. S., 35 Jahre alte Frau, Aufnahme 15. 3. 20. – Erster Gallensteinanfall vor 10 Jahren. Vom Magen zum Rücken ausstrahlende Schmerzen mit Erbrechen und Icterus; dann 4 Jahre beschwerdefrei. Seit 5 Jahren Wiederauftreten der Anfälle, letzter Anfall vor 14 Tagen mit Icterus. – Op. 17. 3. Gallenblase diffus mit Umgebung verwachsen, besonders mit dem Duodenum. Bei Ausschälung wird eine kleine Kommunikation zwischen Gallenblase und Duodenum eröffnet. Ectomie der Gallenblase. Choledochus daumendick, Incision. Inhalt: massenhaft stinkende Konkremente. Hepatecusdrainag. – Entlassung am 15. 4. ohne Beschwerden.

Fall 86:

E. H., 28 Jahre alte Frau, Aufnahme 6. 9. 20. – Seit 3 Jahren häufig kolikartige Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend, nach den Schultern ausstrahlend. Erbrechen, wiederholt Fieber. Seit 6 Wochen dauernd Schmerzen in der Gallenblasengegend. Früher öfters Gelbsucht. — Z. Zt. kein Icterus. Druckempfindliche Resistenz in der Gallenblasengegend – Op. 8. 9.: Gallenblase geschrumpft, entzündet, locker verwachsen, kleine Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. Übernähung. Choledochus erweitert, dickwandig, entzündlich infiltriert, wird eröffnet, enthält 7 mittelgrosse Steine. – 4. 10. beschwerdefrei entlassen.

Fall 87:

A. Sch., 40-jährige Frau, eingewiesen am 14. 9. 20. – Hatte in früheren Jahren angeblich oft Magenschmerzen und Drücken in der rechten Oberbauchseite. Sie war nie gelb dabei. Seit dem 11. 9. heftige Schmerzen, die nach dem Rücken ausstrahlen. Seit derselben Zeit besteht Icterus und öfters Erbrechen. – Starker Druckschmerz am rechten absteigenden Rippenbogen, Bauchdeckenspannung ausgeprägt vorhanden. – Op. 16. 9.: Gallenblase geschrumpft, allseitig fest verwachsen, auf der Kuppe zwei kirschgrosse, durchgewanderte Steine. Kirschkerngrosse Fistel zwischen Gallenblase und oberer seitlicher Wand des Duodenum. Naht der Duodenalfistel. Choledochus fingerdick. Choledochotomie. Im Choledochus stinkende, mit Eiterflocken durchsetzte Galle und vor der Papille 2 kirschgrosse, weiche Steine und viel Steingries. Papille durchgängig. Dicker Katheter im Hepaticus eingenäht. – 18. 9. Exitus an rasch zunehmender, innerhalb 4 Stunden sich abspielender Herzschwäche.

Fall 88:

M. H., 64-jährige Frau, 5. 21 aufgenommen. – Vor 4 Wochen plötzlich auftretende Schmerzen, Durchfall und Erbrechen. Seitdem täglich Anfälle, besonders stark am 4. 4. Reduzierter E. Z., Pat. subicterisch. Gallenblasengegend bei Betastung stark schmerzhaft. Bauchdeckenspannung. – Op. 7. 4.: Leberrand mit Netz und Darm verwachsen. Ein von der Leber zum Dünndarm ziehender Strang enthält die stark geschrumpfte Gallenblase. Fistulöse Verbindung mit dem Dünndarm. Ectomie der Gallenblase. Choledochotomie. Katheter eingenäht. Drainage. – Entlassung ohne Beschwerden am 2. 5. – Mitteilung vom 9. 3. 33: Völlegefühl nach dem Essen, sonst ganz beschwerdefrei.

Fall 89:

M. Sch., 43-jährige Frau, aufgenommen am 16. 3, 23. – Im Juli 1921 erstmalig Schmerzen in der Gallenblasengegend, nach dem Rücken ausstrahlend. Kein Erbrechen, kein Icterus. Bis Januar 1923 beschwerdefrei, seidem häufig Schmerzen. Vor 8 Tagen starker Icterus. – Sehr druckempfindlicher Gallenblasentumor. – Op. 19. 3.: Gallenblase geschrumpft, mit Netz fest verwachsen, Duodenum herangezogen. Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. In der Wand des Duodenum im Bereich der Fistel ein über kirchkerngrosser Stein. Cysticus vollgestopft mit Steinen. Choledochus stark erweitert, wird incidiert, seine Wand ist verdickt, geschrumpft. Inhalt: viele mittelgrosse Steine. – Komplikationsloser Verlauf, am 14. 4. geheilt entlassen. – Mitteilung vom 3. 1. 33: beschwerdefrei.

Fall 90:

A. Sch., 47 Jahre alte Frau, Aufnahme 8. 5. 23. – Vor 1914 öfter Schmerzanfälle im Oberbauch. 1914 3 starke Anfälle mit Schmerzen, die nach der Schulter ausstrahlten. Erbrechen und Schüttelfrost dabei. Seit 1927 dauernd Anfälle mit mehreren Monaten Pause. Seit 5 Monaten alle 4 Wochen mit dem Menstruationstermin starke Anfälle mit Icterus. Dauer der Anfälle: 2 bis 3 Tage. Seit 5. Mai Anfälle, Icterus, Fieber, dauernd dumpfer Schmerz in der rechten Oberbauchgegend. – Op. 9. 5.: Stauungsleber, Gallenblase geschrumpft, Duodenum mit feinem Kanal perforiert. Ringsum schwielige Verwachsungen. Zweireihige Fistelnaht. Choledochus erweitert. Choledochotomie. Entfernung von 16 kleinen und mittelgrossen Steinen. Katheter im Hepaticus eingenäht. – Am 16. 5. geheilt entlassen. – Mitteilung vom 5. 1. 33: gänzlich ohne Beschwerden.

Fall 91:

C. W., 66 Jahre alte Frau, Eintritt in die Klinik am 11. 10. 23. – Vor 12 Jahren mehrere Gallensteinanfälle, dann wieder ganz beschwerdefrei. Seit März 1923 leichtere Schmerzanfälle, öfters Erbrechen. März bis Mai starker Icterus mit Hautjucken. Temperatur bis 38°. Letzter Anfall vor einer Woche. Z. Zt. kein Icterus. – Gallenblasengegend stark druckschmerzhaft. – Op. 20. 10.: Gallenblase geschrumpft, mit dem Darm fest verwachsen. Gallenblasen-Duodenalfistel. Cholecystectomie. Choledochus erweitert, Incision, Extraktion eines mittelgrossen Steines. – Am 17. 11. bewerdefrei entlassen.

Fall 92:

M. J., 53 Jahre alte Frau, Aufnahme 29. 4. 24. – Mit 17 Jahren „Magenkrämpfe" für kurze Zeit. Beschwerdefrei bis 1896. Nach der ersten Geburt erneut „Magenkrämpfe" mit Rückenschmerzen, Erbrechen. November 1923 heftige Koliken, seit Januar 1924 dauernder Druckschmerz unter dem rechten Rippenbogen. – Schwächliche Patientin, rechte Oberbauchdegend stark schmerzhaft, gespannt. – Op. 2. 7.: Gallenblase vergrössert, dickwandig, gerötet, mit eitrig belegten Geschwüren, derbe Adhäsionen zwischen Gallenblasenfundus und Magen. Lösung der Gallenblasen-Magenfistel. Cholecystectomie. Choledochus erweitert. Entfernung von 12 mittelgrossen Steinen nach Incision. – Normaler Heilungsverlauf. Entlassung am 23. 7. Beschwerdefrei bis 1929. Seitdem leichte Magen-Darm-Beschwerden (Verstopfung, Durchfall, Völlegefühl nach dem Essen).

Fall 93:

H. H., 36-jähriger Mann, kommt in die Klinik am 27. 4. 25. – Vor 4 Wochen die ersten Kolikanfälle. Seitdem ständig Schmerzen in der Gallenblasengegend. Wiederholt trat Icterus auf. Dabei meist erhöhte Temperatur. – Pat. etwas abgemagert, subicterisch. Gallenblasengegend druckempfindlich. – Op. 29. 4.: Diffuse, feste Adhäsionen. Gallenblase ganz geschrumpft bis auf nagelgliedgrossen Rest. Es findet sich beim Freipräparieren der Gallenblase ein in Narben eingeschlossener, durchgewanderter Stein, weiter eine Gallenblasen-Colonfistel. Choledochus fingerdick, derbwandig. Incision. Frei von Steinen. Choledochusdrainage. – Geheilt entlassen am 2. 4.

Fall 94:

M. Pf., 41-jährige Frau, Aufnahme 13. 11. 28. – Erster heftiger Gallensteinanfall vor einem Jahr. Icterus. Später immer

leichtes Druckgefühl im rechten Oberbauch. Seit einigen Tagen heftige Koliken mit Gelbsucht, Fieber und Erbrechen. – Op. 21. 11.: Gallenblasenhals verwachsen, fingerstarke Perforation nach dem Duodenum. Inhalt: viele kleine Steine. Choledochus fingerdick. Incision ergibt trübe Galle und kirschgrossen Stein. Hepaticusdrainage. – Ohne Beschwerden am 20. 12. entlassen.

Fall 95:

K. R., 43-jährige Frau, Aufnahme 25. 11. 29. – Vor 15 bis 16 Jahren schon Icterus gehabt. Bis 1910 ab und zu leichter Druckschmerz im Oberbauch rechts, dabei oft Erbrechen. $^{3}/_{4}$ Jahre nach der Geburt des ersten Kindes krampfartige Schmerzen in der Magengegend. Jedesmal im Wochenbett besonders heftige Beschwerden. Mit Pausen von wenigen Jahren immer wieder Kolikanfälle. – Op. 27. 11.: Gallenblase geschrumpft, allseitig mit dem Duodenum verwachsen. Bei Lösung der Adhäsionen trifft man auf eine Magen-Gallenblasenfistel. Choledochus daumendick, wird eröffnet, dabei Entleerung jauchiger, breiiger Massen mit einigen erweichten Konkrementen. Die geschrumpfte Blase bleibt zurück. – Am 29. 1. geheilt entlassen.

Fall 96:

Ch. H., 50-jähriger Mann, Einlieferung am 7. 7. 30. – Seit 16 Jahren Magenbeschwerden und Schmerzen in der Gallenblasengegend. Koliken ca. alle Vierteljahre, im letzten Jahr häufiger. Mehrmals Gelbsucht gehabt. Vor 4 Tagen letzter Anfall. Seit 3 Tagen leichter Icterus. Im Anfall Brechreiz. – Kräftiger Mann, Leber etwas vergrössert, starke Druckschmerzhaftigkeit in der Gallenblasengegend. Abdomen sonst o. B. Icterus leichten Grades. – Op. 14. 7.: Gallenblase geschrumpft, von Adhäsionen umgeben. Narbenstränge nach dem Duodenum. Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. Zweireihige Naht der Fistelöffnung. Keine Gallensteine in der Gallenblase. Choledochus fingerstark. Choledochotomie. Inhalt: 3 kleine Steine. Drainage des Hepaticus. Gallenblase wird zurückgelassen. – Am 6. 8. beschwerdefrei entlassen. – Nachuntersucht 30. 1. 33: freie HCl herabgesetzt, subjektiv beschwerdefrei.

Fall 97:

A. N., 54-jährige Frau, kommt in die Klinik am 18. 11. 30. – Seit mehr als 10 Jahren oftmals kolikartige Schmerzanfälle in der Gallenblasengegend. Wiederholt Gelbsucht. 1. 11. wieder Kolikanfall mit Icterus und Temperaturerhöhung, Leukozy-

tose. – Mässiger Kräftezustand, Icterus. Druckempfindlichkeit im gesamten Oberbauch. Keine Resistenz. — Op. 19. 11.: Gallenblase stark gerötet, diffus verwachsen. Perforationsöffnung ins Duodenum. Cholecystectomie. Choledochus fingerdick, aus ihm werden nach Eröffnung 3 grössere Steine entfernt. Hepaticusdrainage. Heilungsverlauf mit Komplikation: Pneumonie, Pleuraempyem. Rippenresektion. — Geheilt entlassen am 31. 1. 31. – Briefliche Mitteilung vom 3. 2. 33: beschwerdefrei.

Fall 98:

K. Sch., 78-jähriger Mann, Aufnahme 6. 3. 31. — Vor 10 Jahren schon Gallensteinkoliken, niemals Icterus. Seit Januar wieder sehr heftige Anfälle. Jetzt auch Icterus und Erbrechen. – Alter Mann, Lungenemphysem und Hypertonie. Op. 9. 3.: Gallenblase ringsum narbig verwachsen, Fundus mit Colon fistulös verbunden. Choledochus daumendick. Incision: enthält grosse und kleine Steine. Eröffnung der Gallenblase, Schleimhaut atrophisch, Inhalt: Galle und zahlreiche Steine. Thermokoagulation der Schleimhaut. – 14. 3. Nachlassen der Herzkraft. 17. 3. Exitus an Herzschwäche. – Sektion: Lobulärpneumonie, fibrinöse Peritonitis im Operationsbereich.

Fall 99:

E. St., 43-jährige Frau, 18. 2. 32 in die Klinik aufgenommen. — Schon 1912 heftige Gallensteinkoliken. Jedesmal Icterus. Vor 6 Tagen erneuter Anfall mit Schüttelfrost und Gelbsucht. Seitdem hohe Temperaturen. Allgemeinbefinden schlecht. — Op. 22. 2.: Gallenblase geschrumpft, Fistel mit dem Duodenum. Choledochus kinderarmdick. Incision. Inhalt: dicker, gelblicher Eiter sowie ein taubeneigrosser Stein. Katheter eingenäht. Puls und Atmung sehr schlecht. Exitus am 23. 2. — Sektion: eitrige Cholangitis mit ausgedehnten Leberabszessen.

Fall 100:

K. Sch., 53-jährige Frau, Aufnahme 18. 7. 32. — Anamnese fehlt. — Op. 22. 7.: Gallenblase prall gefüllt, nicht ausdrückbar, Kuppe strangförmig mit Netz verwachsen, das 2 Querfinger unterhalb des Leberrandes flächenhaft mit der Gallenblase verwachsen ist. Am Gallenblasenhals erbsengrosse Perforation nach dem Colon. Choledochusincision. Inhalt: schleimig-schaumige Galle. Entfernung von 4 erbsengrossen Steinen. Typische Cholecystectomie. Blaseninhalt: zahlreiche kirschgrosse Steine. Drainage des Choledochus. — Beschwerdefrei entlassen am 17. 8.

Fall 101:

H. N., 60-jähriger Mann, eingewiesen am 1. 11. 32. — 1919 plötzlich Anfälle krampfartiger Schmerzen in der Gallenblasengegend, öfters Icterus. Monatlange Unterbrechung der Anfälle, die aber in den letzten Wochen wieder häufiger werden. Seit 6 Tagen Fieber und Icterus. — Op. 7. 11.: Ausgedehnte Verwachsungen zwischen der geschrumpften Gallenblase und dem Duodenum. Gallenblasen-Duodenalfistel wird freigelegt. Cholecystostomie. Entfernung von Steinen aus der Gallenblase, Incision des Choledochus, der einen bohnengrossen Stein enthält. Katheter eingenäht. – Bei gutem Allgemeinbefinden am 21. 12. entlassen.

Fall 102:

H. B., 42 Jahre alte Frau, kommt am 10. 3. 08 in die Klinik. – Vor 14 Jahren häufig „Magenkrämpfe". Vor 3 Wochen dieselben Schmerzen mit Fieber, Erbrechen, Icterus. Jetzt seit 14 Tagen Druck im rechten Oberbauch, häufiges Erbrechen, Icterus und Fieber. – Op. 18. 3.: Leber vergrössert, Gallenblase mit der Umgebung verwachsen, Verbindung zum Quercolon. Eröffnung der Gallenblase, die mehrere kirschkerngrosse Steine enthält. Choledochus eng, von narbigem Gewebe umgeben, daher Cholecystoduodenostomie. — Entlassung am 15. 5. – Exitus am 31. 10. 29 durch Cholangitis.

Fall 103:

E. W., 60-jährige Frau, aufgnommen am 31. 1. 01. — Seit mehreren Jahren in kleineren Zwischenräumen ($^1/_4$ Jahr bis 1 Woche) Schmerzanfälle im rechten Oberbauch. — Op. 7. 2. 01: Gallenblase ausgedehnt verwachsen. Perforation nach dem Colon. Incision der Gallenblase. Hepaticusdrainage. — Geheilt entlassen am 20. 3.

Fall 104:

K. O., 59 Jahre alte Frau, eingeliefert am 16. 11. 02. — Seit vielen Jahren Gallensteinkoliken, auch in den Intervallen immer leichte Schmerzen am rechten Rippenbogen. Einmal Icterus. — Sehr abgemagerte, elende Frau, leichter Icterus. Gallenblasengegend druckempfindlich. — Op. 17. 11.: Gallenblase in Verwachsungen eingehüllt, klein, geschrumpft. Gallenblasenduodenalfistel wird bei Lösung freigelegt. Cholecystotomie. Gallenblasenwand sehr morsch. Inhalt: eitriger Schleim, einzelne kleine Steine. Katheter eingenäht. — 20. 9. typischer Kolikanfall mit Erbrechen. — 28. 9. Wiederholung der Anfälle. Seitdem bis 30. 10. beschwerdefrei. Entlassung.

Fall 105:

J. M., 34-jährige Frau, 23. 4. 04 aufgenommen. — Juni 1903 kolikartige Schmerzen mit Erbrechen, Icterus (Abgang von 5 Steinen). Wiederholung der Anfälle Dezember 1903. — Op. 2. 5.: Starke Verwachsungen zwischen Gallenblase, Leber, Choledochus, Magen und Duodenum. Gallenblase stark geschrumpft. An der Kuppe eine Perforation ins Duodenum. Gallenblasenwandung verdickt. Typische Cholecystostomie. Inhalt der Gallenblase: Schleim. — Am 6. 6. beschwerdefrei entlassen.

Fall 106:

K. L., 29-jähriger Mann, Aufnahme 30. 4. 06. — Akuter Anfall von 2 Tagen Dauer vor einem Jahr mit leichtem Icterus, Erbrechen und Rückenschmerzen. Nach einigen Wochen Wiederholung dieses Anfalls, der letzte vor wenigen Tagen. — Op. 2. 5.: Starke Adhäsionen zwischen Leber und Magen. Gallenblase geschrumpft, mit Duodenum und Magen verwachsen. Perforation der Gallenblase ins Duodenum derart, dass zwischen Gallenblase und Duodenum ein taubeneigroßer Abszess eingeschaltet ist. Incision der Gallenblase, die 8 Steine enthält. Drainage des Cysticus. — Glatter Verlauf. Am 27. 5. geheilt entlassen.

Fall 107:

A. Pf., 58-jährige Frau, eingewiesen am 31. 5. 07. – Mai 1906 krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch, Erbrechen, leichter Icterus, Abmagerung. – Op. 7. 4.: Derbe, ödematöse Verwachsungen zwischen Gallenblase, Netz, Duodenum und Pylorus. Kleine Kurvatur und ein Teil der Vorderwand des Magens mit der Unterfläche der Leber fest verwachsen. Gallenblasen-Magenfistel. Cholecystostomie. – Entlassung ohne Beschwerden am 18. 7.

Fall 108:

K. K., 49-jähriger Mann, eingeliefert am 12. 8. 25. – Anamnese fehlt. – Op. 14. 8.: Gallenblase diffus mit Netz und Duodenum verwachsen. Nahe der Kuppe Perforation ins Duodenum, hanfkorngross. Spaltung der Gallenblasenkuppe und Ausräumung zahlreicher grosser Cholestearinsteine. Drainage. 18. 9. geheilt entlassen.

Fall 109:

J. L., 57 Jahre alter Mann, 6. 8. 32 eingeliefert. – Seit 3 Jahren Gallensteinbeschwerden. Niemals Icterus und Erbrechen. Vor 3 Wochen begann heftiger Schmerz in der

Gallenblasengegend. Jetzt seit 12 Tagen Icterus, hohe Temperatur und Schüttelfröste. – Schlechtes Allgemeinbefinden. – Op. 10. 8.: Leber cirrhotisch. Gallenblase strangförmig mit Netz und Antrum pylori verwachsen. Magen-Gallenblasenfistel. Ausräumung der Gallenblase, die zahllose erbsengrosse Steine sowie trübe Galle enthält. Drainage. – Nach der Operation Puls schlecht, Atmung oberflächlich. Exitus am 11. 8.

Bei einer Gesamtzahl von 6280 Operationen an den Gallenwegen, die sich aus 4818 Ectomien, 384 Stomien, 958 Choledochotomien, 42 Lösungen von Verwachsungen und 120 Anastomosen mit dem Magen-Darmkanal zusammensetzen, wurde das Bestehen einer abnormen inneren Fistelverbindung der Gallenblase und des Choledochus mit benachbarten Hohlorganen in 109 Fällen festgestellt. Es handelte sich dabei um 90 weibliche und 19 männliche Patienten. Das Verhältnis dieser beiden Zahlen zueinander ist regionär sehr verschieden, immer jedoch überwiegt die Zahl der weiblichen Patienten.

13 Patienten waren 20–30 Jahre alt, 14 zwischen 30 und 40. Zwischen 40 und 50 Jahren kamen 34, demnach die meisten Patienten zur Operation. 29 Patienten waren 50–60 Jahre, 14 zwischen 60 und 70 Jahre alt, und 2 waren älter als 70 Jahre.

Symptome eines Gallensteinleidens zeigten seit

30 und mehr Jahren	2	Patienten
20–25	13	„
10–15	23	„
5	28	„
1	23	„
1–3 Monaten	5	„
3 Wochen	2	„

Die längste Dauer betrug 25 Jahre und die kürzeste 3 Wochen. Im Durchschnitt belief sich die Krankheitsdauer auf etwa 8 Jahre.

Wiederholt stößt man bei der Anamnese auf die Angabe, die Anfälle von Gallensteinkoliken hätten bis zu einem bestimmten Zeitpunkt an Heftigkeit zugenommen, um dann für Jahre ganz zu sistieren. Bei diesen Fällen kann man annehmen, dass es infolge Ausstossung der Steine durch den Cysticus oder die Papilla Vateri oder aber durch eine spontan gebildete Fistel zu einer temporären Beseitigung der akuten Symptome kam. Es ist nicht wahrscheinlich, dass in jedem Falle sämtliche Steine durch die Perforation entleert wurden, ausserdem hat die Fistel die Tendenz, sich zu verkleinern

oder ganz zu schliessen, sodass es im Laufe von Monaten oder Jahren häufig zum Rezidiv kommt.

Eine beträchtliche Anzahl von Patienten hatte starke Symptome einer Gallenblasenerkrankung. –

Es hatten	Patienten	Krankheitsdauer im Mittel
Koliken	21	$9^1/_2$ Jahre
Koliken mit Icterus	51	$8^1/_2$ „
Koliken mit Fieber	4	12 „
Koliken mit Fieber und Icterus	19	8 „
Nur dumpfe Schmerzen . . .	12	6 „

In ihrer Gesamtheit zeichnen sich die Symtome dieser Fälle gegenüber denen der gewöhnlichen Gallenblasenerkrankungen durch ihre Schwere aus.

Über das Auffinden von Steinen im Stuhl ist in 3 Fällen Mitteilung gemacht. Durch Perforation der Gallenblase ins Duodenum, Colon und in den Magen können umfangreiche Konkremente abgehen. Grosse Steine können zu dem seltenen Bild eines Gallensteinileus führen. Die gewöhnliche Inkarzerationsstelle ist das untere Jejunum. Infolge der Enge ist die Gegend der Ileocoecalklappe besonders disponiert. Sonst beruht die Inkarzeration des Steines auf reflektorischen Spasmen der Darmwand. Auch Pylorusverschluss während des Steindurchbruches kommt vor und selbst Dickdarmileus, indem grosse Gallenkonkremente durch antrocknende Kotmassen bei längerem Liegen im Darm an Umfang zunehmen. Bei den vorliegenden Fällen ist es nie zu einem Darmverschluss durch Gallensteine gekommen.

Diagnose.

Die Diagnose einer inneren Gallenfistel ist von untergeordneter Bedeutung. Ihr Bestehen lässt sich vielleicht vermuten, wenn, wie bereits erwähnt, auf heftige Attacken eine lange beschwerdefreie Zeit folgt. Die Diagnose mittels Röntgenstrahlen nach einer Kontrastmahlzeit oder nach einem Kontrasteinlauf vom Rectum aus ist möglich, vorausgesetzt, die Perforation ist gross genug, so dass der Brei durchtreten kann. In der Literatur sind einzelne Fälle (C. J. Fuller, H. Havlicek) angegeben, bei denen man auf der Suche nach einem Ulcus oder Carcinom den Zufallsbefund einer Gallenfistel erhob. Bei den vorliegenden Fällen wurde eine röntgenologische Diagnose der Fistel nicht gestellt, da bis auf Fall 9 ein Grund zur Magendurchleuchtung nicht gegeben war, bei diesem aber das Ulcus duodeni keine Symptome gezeigt hatte.

Operationsbefunde.

Die peritonealen Adhäsionen sind eine so regelmässige Begleiterscheinung der längere Zeit bestehenden Cholelithiasis, dass man nicht sehr häufig eine von Verwachsungen freie, entzündlich veränderte Gallenblase antrifft. Sie sind eine Quelle mannigfacher Beschwerden, aber auch der wichtigste Schutz vor den Gefahren der Perforation. In den meisten Fällen bestand eine starke Verdickung der Gallenblasenwand und eine beträchtliche Verkleinerung des Blasenlumens bis hinab zur Grösse einer Erbse. Nicht selten liess sich überhaupt keine Höhle mehr nachweisen, lediglich ausgedehnte Narbenbildung wies auf den Sitz der Gallenblase, und es führte vom Ductus cysticus ein fistulöser Gang direkt zum Darmtraktus.

Bei insgesamt 109 Operationen wurden folgende Anastomosen gefunden:

Fisteln mit dem Duodenum	in	59	Fällen
Fisteln mit dem Colon	„	35	„
Fisteln mit dem Magen	„	9	„
mehrere Fisteln	„	6	„

Das Verhältnis ist also ungefähr 20 : 12 : 3. Judd und Burden fanden ein Verhältnis von 24 : 6 : 1, also eine starke Verschiebung zugunsten der Duodenalfisteln. 2 Anastomosen fanden sich in 6 Fällen, einmal sogar 3 Fisteln und zwar zweimal mit dem Duodenum und einmal mit dem Colon.

Die Perforationen am Magen finden sich meistens im Pylorusteil und sind gewöhnlich eng infolge der Muskelkontraktion.

100 Perforationen gingen vom Corpus vesicae und 9 vom Gallenblasenhals aus.

Kommunikationen des Ductus choledochus wurden nicht gefunden, sie sind im allgemeinen selten.

Anastomosen des Ductus hepaticus sind bisher überhaupt noch nicht konstatiert worden.

Zweimal führte die Fistel durch eine mit zahlreichen Steinen gefüllte Abscesshöhle, in allen restlichen Fällen bestand eine direkte Verbindung. Häufig werden bei Isolierung der Gallenblase an circumscripten Stellen innerhalb der Verwachsungen äusserst derbe, von der Blasen- oder Darmwand kaum lösbare Narbenstränge angetroffen. Meistens wird es sich wohl hierbei um ein ausgeheiltes Ulcus oder einen obliterierten Fistelgang handeln.

Die Entstehung einer Perforation durch Zerfall carcinomatöser Wucherungen, primär von der Gallenblase oder

den umgebendeu Organen ausgehend, wird in der Literatur wiederholt angegeben, war aber unter keinem unserer Fälle nachweisbar.

Beim Fall 9 ergab sich eine Fistel zwischen der Gallenblase und dem Duodenum durch ein callöses Ulcus duodeni. Die Komplikationen von seiten des Magens und Duodenums bei Entzündungszuständen der Gallenblase beschränken sich nicht allein auf die äusserlich angreifenden Veränderungen. Experimentelle und klinische Beobachtungen vor dem Röntgenschirm haben die Mitbeteiligung des Magens und des Duodenum bei den Krampfzuständen im Bereich der Gallenwege aufgeklärt. Nicht nur vorübergehende funktionelle Störungen, Magenkoliken und Erbrechen im Anfall sind hierdurch erklärt, die wiederholten und chronisch auftretenden Spasmen bei der chronisch rezidivierenden Cholecystitis bilden vielmehr auch den Ausgangspunkt für die spastische Ulcusgenese, wodurch das Gallensteinleiden zu einer wichtigen Primärursache für Ulcera ventriculi und duodeni wird. Der direkte Druck der steingefüllten Gallenblase oder eines Choledochussteines kann vielleicht ebenfalls zur Geschwürsbildung im anliegenden Magendarmteil führen.

Devincenzi berichtet über einen ähnlichen Fall von doppelter Perforation. Ein taubeneigrosses Ulcus callosum am Duodenum hatte auf die Gallenblase übergegriffen, und es war bei der Operation sowohl an dem Ulcus wie an der Gallenblase eine Perforationsstelle nachweisbar.

Im allgemeinen ist die Ulceration und Nekrose der Gallenblasenwand und damit die Fistelbildung an die Gegenwart von Steinen gebunden. Nur in 22 von 109 Fällen war ein Konkrement in der Gallenblase oder den Gallenwegen nicht mehr nachweisbar. Doch muss für diese Fälle angenommen werden, dass ursprünglich Steine anwesend waren. Sechsmal fand man Steine in der Fistel selbst, in der Blase in 48 und im Choledochus in 47 Fällen. Der Ductus cysticus war dreimal durch einen Stein verlegt.

Es enthielt:	trübe Galle:	Schleim:	Eiter:
die Gallenblase:	7 mal	3 mal	18 mal
der Choledochus:	2 mal	2 mal	4 mal.

In einem Falle war im Choledochus Gas und schaumige Galle nachzuweisen.

Operative Behandlung.

Die Lösung der Gallenblase aus ihren Verwachsungen muss vorsichtig ausgeführt und nach dem Bestehen

einer Fistel gefahndet werden, da diese ausserordentlich klein sein kann und bei Nichtbeachtung durch Austreten von Keimen leicht eine Peritonitis entsteht. Der Nachweis trüber, muffig riechender Galle und von dickem Schleim in der Gallenblase sollte den Verdacht auf eine Fistel erwecken. Ist die Perforation freigelegt, so wird sie durch eine zweireihige Naht geschlossen. Besteht nach der scharfen Lösung der verwachsenen Stränge aus der Darmwand ein Fistelstumpf, so muss er nach Art der Appendixversorgung eingestülpt werden. Sollte durch reguläre Übernähung der Fistel in der Darmwand die Gefahr einer Darmstenose drohen, so wird am besten von vornherein die Gastroenterostomie angelegt. Es empfiehlt sich, die entzündete Gallenblase zu entfernen, wenn lokale und allgemeine Verhältnisse es gestatten. Ist sie dagegen stark verwachsen, so dass die Ausschälung selbst Gefahren bringen würde, und liegt eine starke lokale Infektion vor, so wird nach Revision des Hepaticus und Choledochus die Cholecystostomie ausgeführt.

Bei den vorliegenden 109 Fällen wurden folgende Operationen vorgenommen:

Ectomie	in	41	Fällen
Choledochotomie .	„	60	„
Cholecystostomie .	„	6	„
Enteroanastomose .	„	2	„

Resultate.

Nach den vorliegenden 109 Fällen mit dem Befund einer Spontanfistel sind 10 Patienten im Anschluss an die Operation gestorben. Das bedeutet also einen Prozentsatz von 9,1. Von diesen 10 Patienten hatte einer nur Koliken gehabt, 4 litten an Koliken und Icterus. Einer hatte Koliken mit Fieber, während 3 Patienten Koliken, Icterus und Fieber zugleich gehabt hatten. Nur bei einem bestanden vorher lediglich dumpfe Schmerzen ohne andere Symptome. Bei diesen 10 Fällen waren folgende Operationen ausgeführt worden:

Choledochotomie	5	mal
Ectomie	3	„
Cholecystostomie	1	„
Enteroanastomose	1	„

Um nun die Steigerung der Mortalität bei Gallenwegoperationen mit dem Befund einer spontanen Fistel zu demonstrieren, sei eine Statistik, welche Bernhard von der Giessener Chirurgischen Klinik in „Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie“, Bd. 150, H. 1 veröffentlicht hat, ange-

führt, welche die Mortalität bei allen Gallenwegoperationen, die in den Jahren 1910 bis 1930 an der Giessener Chirurgischen Klinik ausgeführt wurden, sowohl in ihrer Gesamtheit wie nach den einzelnen Operationsarten getrennt angibt. Diese Statistik ist den vorliegenden Verhältnissen am besten angepasst. Danach betrug die Zahl der Todesfälle 209 bei einer Totalsumme von 4557 Gallenwegoperationen, das bedeutet einen Prozentsatz von 4,5 gegenüber dem Satz von 9 bei den durch Fisteln komplizierten Fällen.

Im Nachstehenden sind die Prozentzahlen der Todesfälle bei den verschiedenen Operationsarten errechnet und denen der anderen Statistik gegenübergestellt. Die Mortalität betrug demnach

	bei den einfachen	bei den durch Fisteln komplizierten
Ectomien	3 %	7 %
Choledochotomien . . .	9 %	9 %
Cholecystostomien . .	15 %	12 %

Es ist also lediglich der Heilungserfolg nach Ectomien stark beeinflusst durch die Komplikation einer Fistel, während bei den Choledochotomien gar kein Unterschied und bei den Stomien nur ein geringer besteht. Die starke Beeinflussung des Endergebnisses von 9 : 4,5 ist bedingt durch den grossen Anteil von 3600 Ectomien bei insgesamt 4550 Operationen an den Gallenwegen.

Judd und Burden schliessen ihre Arbeit ab mit dem Hinweis, 16 von 153 Patienten wären nach der Operation in der Klinik gestorben, d. h. also 10,4 %, während die Mortalität der unkomplizierten Cholecystectomien ungefähr 1 % betrage. Es wird hier also fälschlicherweise die Mortalität bei allen durch Fisteln komplizierten Operationen der Mortalität bei unkomplizierter Cholecystectomie gegenübergestellt. Wenn auch Judd und Burden ausdrücklich hervorheben, es käme ihnen nicht darauf an, den unmittelbaren Operationserfolg als wesentlich einzusetzen, so muss man doch bei einer Abhandlung über innere spontane Gallenfisteln die wichtige Angabe der Todesursache bei den letal verlaufenen Fällen vermissen.

Die im Folgenden angegebenen Zahlen sind nicht sehr gross, so dass sie kaum als allgemeiner Maßstab zu werten sind. Von den 10 Todesfällen waren zwei durch Cholangitis, einer durch Peritonitis, einer durch Pneumonie und zwei durch Herzinsuffizienz bedingt. Einmal kam es zum Exitus durch innere Verblutung nach Lösung einer Gefässligatur. In

3 Fällen war die Ursache nicht zu eruieren. Die Peritonitis entstand bei einem Patienten mit einer Fistel ins Colon, die Cholangitisfälle fanden wir einmal bei einer Colon- und einmal bei einer Duodenumfistel. Die Herzinsuffizienz trat auf in 2 Fällen, ebenfalls einmal bei Colon- und einmal bei Duodenumfistel.

Sechsmal bei den 10 Fällen handelte es sich um Duodenalfisteln, wenn die eine Magenfistel für diesen Fall hinzugerechnet wird, und viermal um Colonfisteln. Dieses Verhältnis entspricht ungefähr dem Gesamtanteil von 70 Magen-, Duodenum-Fisteln zu 40 Colonfisteln. Auffallend ist hierbei, dass die Colonperforationen nicht relativ stärker bei den Todesfällen beteiligt waren.

Alexandroff gibt als unmittelbare Ergebnisse der Anastomosenoperationen zwischen Gallenblase und Magendarmkanal folgende an: Bei Vereinigung der Gallenblase

mit dem	Magen	starben	13 %	der	Patienten,
„ „	Duodenum	„	18 %	„	„
„ „	Dünndarm	„	34 %	„	„
„ „	Colon	„	48 %	„	„

Bei einer Zahl von insgesamt 490 Operationen errechnet, zieht er daraus den Schluss, dass die Anastomose zwischen Gallenblase und Magen die besten Resultate erzielt. Gleichzeitig stellt er dabei fest, und das ist in diesem Zusammenhange das Wesentliche, dass die höchste Mortalität die Anastomose mit dem Dickdarm aufweist, jedoch die Befürchtung einer aufsteigenden Infektion durch die klinischen Beobachtungen nicht bestätigt wird, denn in allen hierher gehörenden Fällen konnte nur einmal eine unmittelbar nach der Operation einsetzende Cholangitis beobachtet werden.

Innere Gallenfisteln sind meist späte Komplikationen der Cholelithiasis. Die Befürwortung der Frühoperation ergibt sich bei dem Gedanken, der Entwicklung schwerer Komplikationen des Gallensteinleidens vorzubeugen. Mit grosser Energie ist neuerdings (1916) Kirschner für sie eingetreten, und seit dieser Zeit ist die Anhängerschaft der Frühoperation im Wachsen. Ebenfalls haben die Ausführungen von Enderlen und Hotz auf dem Chirurgenkongress 1923 (Arch. f. klin. Chir. 1926) der Forderung, das Gallensteinleiden möglichst frühzeitig zu beseitigen, einen mächtigen Impuls gegeben. In diesem Zusammenhang sei eine Aufstellung über die Anzahl der in den einzelnen Jahren seit 1901 an der Giessener Chirurgischen Klinik bei den Operationen an den Gallenwegen

festgestellten spontanen inneren Gallenfisteln gegeben. Der Einfachheit halber wird immer die Zahl aus drei aufeinanderfolgenden Jahren genannt.

1901—03	8	Fälle,
1904—06	12	„
1907—09	18	„
1910—12	12	„
1913—15	15	„
1916—18	9	„
1919—21	12	„
1922—24	9	„
1925—27	7	„
1928—30	4	„

Bis 1925 ist die Anzahl der Fistelbefunde stets über acht, zum Teil steigt sie bis zum Doppelten. In der Periode von 1925—27 erreicht sie nicht mehr die geringste frühere Höhe, um für die Zeit von 1928—30 sogar auf vier abzufallen. Hiermit wird erwiesen, dass durch die frühzeitige operative Behandlung der Cholelithiasis eine ihrer Spätkomplikationen und die damit verbundenen Gefahren, nämlich die Spontanfistel, im Abnehmen begriffen ist. Es ist deshalb wichtig, das klinische Bild und die Bedeutung der inneren Gallengangsfisteln an einem grösseren Material noch einmal herauszuarbeiten, weil man ähnliche Erfahrungen im gleichen Umfange später vielleicht nicht mehr wird sammeln können.

Zusammenfassung.

Bei 6280 Operationen an den Gallenwegen aus den Jahren 1901—1930 wurden in 109 Fällen spontane innere Gallenfisteln beobachtet. Die Dauer der Gallenbeschwerden betrug im Mittel acht Jahre. Fisteln entstehen selten, ohne dass Steine in der Gallenblase anwesend sind. Die Gallenblase ist in den meisten Fällen geschrumpft und mit der Umgebung stark verwachsen. Am häufigsten führen die Fisteln ins Duodenum, weniger häufig ins Colon und am seltensten in den Magen. Zweimal lag im Gebiete der Fistel eine Abszesshöhle, sechsmal waren Steine im Durchwandern. Ein Darmverschluss durch Gallensteine ist ein seltenes Ereignis. In einem Falle entstand eine Perforation durch ein Ulcus duodeni. Die spontanen inneren Gallenfisteln sind Spätkomplikationen der Cholelithiasis und bilden ein gefahrvolles Ereignis. Es wird eine Abnahme der Spontanfisteln festgestellt durch häufiger ausgeführte Frühoperationen.

Literatur.

1. Edward Starr Judd and Verne G. Burden, Annals of surgery, Bd. 81, s. 305—312 (1925).
2. W. W. Alexandroff, Nowy Chirurgitscheski Archiv. Ref. im Zentralbl. f. d. ges. Chirurgie u. ihre Grenzgeb. Bd. 18, s. 516 (1922).
3. Devincenzi, Garibaldi, J. Anales de la fac. de med. (Montevideo). Ref. im Zentralbl. f. d. ges. Chirurgie u. ihre Grenzgeb. Bd. 37, s. 434 (1927).
4. Fuller, C. J., Brit. med. J. Nr. 3606. Ref. im Zentralbl. f. d. ges. Chirurgie u. ihre Grenzgeb. Bd. 54, s. 257 (1931).
5. Heller, E., Die Chirurgie, Bd. VI, 2. Teil, s. 3—160 (1927).

An dieser Stelle erlaube ich mir, Herrn Privatdozent Dr. Bernhard für die freundliche Ueberlassung des Themas und die mir in liebenswürdiger Weise zuteil gewordene Anleitung bei der Anfertigung der Arbeit den ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 21. Dezember 1906 wurde ich als Sohn des Forstverwalters Walter Jancke in Schwiessel in Mecklenburg geboren. Als Vorschule besuchte ich die Knabenmittelschule in Bromberg und ging dann auf das humanistische Gymnasium in Deutsch-Krone über. Seit 1924 besuchte ich weiter das Friedrichs-Gymnasium zu Kassel und bestand dort 1926 die Reifeprüfung. Anschliessend studierte ich drei Semester Veterinärmedizin in Hannover, und seit Herbst 1927 Medizin in Giessen. Das Physikum bestand ich im Herbst 1930 und das medizinische Staatsexamen im Juni 1933. Seit dem 1. Juli 1933 bin ich als Medizinalpraktikant an der Chirurgischen Univ.-Klinik zu Giessen tätig.